

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

148

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel GREGOIRE

né le 18 mars 1939 à La Loupe (Eure et Loir)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES
ET CUTANÉES AU COURS DE LA
RECTO-COLITE ULCÉRO-HEMORRAGIQUE
(A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS)

Président : Mr. Claude LAROCHE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE — PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1966

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel GREGOIRE

né le 18 mars 1939 à La Loupe (Eure et Loir)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES
ET CUTANÉES AU COURS DE LA
RECTO-COLITE ULCÉRO-HEMORRAGIQUE
(A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS)

Président : Mr. Claude LAROCHE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549020_0035

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bullard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart D'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET
 1er ASSESSEUR Daniel BARGETON
 2e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F. P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	OLONOVSKI (J.)
Pharmacologie	BOURLIERE (F.)
Physiologie	LEVY (Melle J.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)
Radiologie médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	
Clinique cardiologique (Broussais)	
	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
Cliniques chirurgicales	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	
Clinique gynécologique (Broca)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	
	Broussais
	Broussais
	Cochin
Cliniques médicales	Hôtel Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint Antoine
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	
	Baudelocque
Cliniques obstétricales	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	
-	(Cochin)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	
Clinique toxicologique	
Clinique urologique (Cochin)	
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	
Sémiologie médicale	
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Sémiologie traumatique et orthopédique	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

MM.

REDON (H.)
SOULIER (P.)
LORTAT-JACOB (J. L.)
LEGER (L.)
PATEL (J.)
CORDIER (G.)
GOSSET (J.)
SICARD (A.)
OLIVIER (Cl.)
FEVRE (M.)
MERLE d'AUBIGNE (R.)
DUBOST (Ch.)
MATHEY (J.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
HUGUIER (J.)
DEGOS (R.)
TURPIN (R.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
HAMBURGER (J.)
MARCHAL (G.)
CASTAIGNE (P.)
MILLIEZ (P.)
LENEGRE (J.)
BROUET (G.)
BARIETY (M.)
SEZE (S. de)
DREYFUS (G.)
KOURILSKY (R.)
BOUDIN (G.)
DEBRAY (Ch.)
MARIE (J.)
JUSTIN-BESANCON (L.)
DEROT (M.)
DAVID (M.)
GARCIN (R.)
LACOMME (M.)
MERGER (R.)
VARANGOT (J.)
RENARD (G.)
OFFRET (G.)
AUBRY (M.)
N...
BERNARD (E.)
MICHAUX (L.)
COSTE (F.)
DECHAUME (M.)
ROUX (M.)
LEMAIRE (A.)
GAULTIER (M.)
ABOULKER (P.)
PADOVANI (P.)
DOMART (A.)
POILLEUX (F.)
JUDET (R.)
COUVELAIRE (R.)
N...

b) Professeurs à titre personnel

	MM.
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTON (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phthisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J. P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C. L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J. J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale	GAUDART-d'ALLAINES
	(Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J. N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BERTAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J. R.)
	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANAIRE (M.)
	BEAUMONT (J. L.)
	BERNIER (J. J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
Pathologie médicale	CANIVET (J.)
	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ETIENNE (J. P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)

Pathologie médicale (suite).....

Pédiatrie - Puériculture

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

Pneumo phthisiologie

Psychiatrie infantile

Radiologie médicale

Rhumatologie

FUNCK-BRENTANO (J. L.)
 GRIVAUX (M.)
 HAZARD (J.)
 HENNEQUET (A.)
 HIMBERT (J.)
 HOUSSET (E.)
 LAGRUE (G.)
 LESOBRE (R.)
 LEVEQUE (B.)
 MACREZ (C.)
 MOREAU (L.)
 NENNA (A.)
 NICK (J.)
 POULET (J.)
 ROYER (P.)
 TCHERDAKOFF (Ph.)
 THIBAUT (Ph.)
 TOURNEUR (R.)
 VILLIAUMEY (J.)
 WOLFROMM (R.)
 ALAGILLE (D.)
 ALISON (J.)
 CANLORBE (P.)
 GORIN (R.)
 LAFOURCADE (J.)
 LEPERCQ (G.)
 LESTRADET (H.)
 MALLET (R.)
 MANDE (R.)
 MINKOWSKY (A.)
 MOZZICONACCI (P.)
 POLONOVSKI (C.)
 REY (J.)
 RIBIERE (M.)
 ROSSIER (A.)
 VIALATTE (J.)
 BOISSIER (J.)
 LECHAT (P.)
 BARRES (G.)
 DURAND (J.)
 GIRARD (Fr.) m. conf.
 HUGELIN (A.)
 LAURENT (D.)
 SCHERRER (J.) pr. s. ch.
 VASSEUR (B.)
 CHANTEUR (J.)
 COURSAGET (J.)
 GREMY (F.) m. conf.
 MILHAUD (G.)
 PAGES (J. Cl.)
 PELLERIN (P.)
 ROUCAYROL (J. C.)
 pr. s. ch.
 TUBIANA (M.) m. conf.
 DECROIX (G.)
 ISRAEL (L.)
 MEYER (A.)
 RENAULT (P.)
 SORS (Ch.)
 DENICKER (P.)
 DUCHE (D.)
 FLAVIGNY (H.)
 DUBOST (J.)
 LEFEBVRE (J.)
 MICHEL (J. R.)
 MASSIAS (P.)

	MM.		MM.
	CAUHEPE (J.)		CHASSAGNE (P.)
	CERNEA (P.)		FOUET (P.)
	CHAPUT (Mme A.)	Thérapeutique	LABET (R.)
Stomatologie	m. c. agr.		MARCHE (J.)
	CREPY (Cl.)		AUVERT (J.)
	FLEURY (R.)	Urologie	MOULONGUET (A.)
	GRELLET (M.)		QUENU

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	CABROL COUNAUD GILLOT (C.) HUREAU (J.) GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (CH.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.) N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURCH (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.)	Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.) BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.) DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.) ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHEL (G.) SEBAOUN (J.) BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.) ALBAHARY (C.) PERTUISET (B.) CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J. -Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBoullet (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.) AUVERT (Mme B.) BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.) DUPARC (J.) MAURER (P.) MEALOUX (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.) DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.) GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Melle) LAPIERRE (J.)
Anatomie pathologique	DAQUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUEH (J.) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J.)	Maladies infectieuses	
Anesthésiologie	PLAS (F.) BENHAMOU (J. P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch. BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.) HATT (P. -Y.) CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAIN (R.) HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.) ROUX (CH.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COUJARD (R.) pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)	Maladies métaboliques	
Bactériologie		Médecine légale	
Biochimie médicale		Médecine du travail	
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports		Neuro-Chirurgie	
Biologie médicale		Neuro-Psychiatrie	
Carcinologie		Obstétrique	
Cardiologie		Ophthalmologie	
Dermato-Syphilligraphie		Orthopédie	
Electro-Radiologie		Oto-Rhino-Laryngologie	
Embryologie		Parasitologie	
Hématologie			
Histologie			

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie	MM. DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	MM. DESVIGNES (P.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J. M.)	Clinique pédiatrique et	
Clinique médicale	RAMBERT (P.)	puériculture	LAPLANE (R.)
	THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	GRASSET (J.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)		
	MORIN (P.)		

IV. - PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine.....	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
	Melle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon fils Stéphane
du Docteur J. GREGOIRE
du Docteur E. MORCHOISNE

A ma mère,

A ma femme,

A Sophie, ma fille.

A mon Maître, Monsieur le Professeur Claude LAROCHE

qui m'a honoré en acceptant la présidence de
cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. NENNA

qui m'a guidé et conseillé au long de la
rédaction de cette thèse.

Avec toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY

A Monsieur le Docteur J. PAOLAGGI

A Monsieur le Docteur J.A. PAOLAGGI

qui ont eu la complaisance de me permettre
d'étudier quatre observations.

Avec mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur P. CAYEUX

A Monsieur le Docteur G. TERRIS

dont les conseils me furent précieux.

Avec tous mes remerciements.

A MES MAITRES :

Monsieur le Professeur P. DENOIX

Monsieur le Professeur J. MATHEY

Monsieur le Docteur J. FOUQUET

Monsieur le Docteur P. BLANCHON

Monsieur le Docteur J. VIGNALOU

Monsieur le Docteur J. BONHOMME

Avec toute ma reconnaissance.

INTRODUCTION

De nos jours la recto-colite ulcéro-hémorragique est très bien identifiée du point de vue clinique, radiologique, anatomo-pathologique et biologique, mais son étiologie reste mystérieuse. Les manifestations articulaires et cutanées de l'affection sont reconnues par tous les auteurs. Nous avons pu dans le service de notre Maître le Professeur Claude LAROCHE et grâce à la complaisance du Professeur Charles DEBRAY et de messieurs J. et J.A. PAOLAGGI, étudier six observations de malades atteints de manifestations articulaires ou cutanées au cours de recto-colite ulcéro-hémorragique.

Après avoir décrit ces observations nous analyserons successivement les signes rhumatologiques et dermatologiques observés chez ces malades en les rapprochant des descriptions rapportées dans la littérature médicale des dernières années.

Diverses perturbations biologiques ont été décrites au cours de cette affection et de nombreux examens complémentaires ont été pratiqués pour tenter de trouver des explications permettant de réunir ces phénomènes singuliers. Aucune explication n'est actuellement satisfaisante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame Denise M..., 37 ans, est admise dans le service du Professeur Claude LAROCHE le 18 Novembre 1964 pour une Recto-colite Hémorragique.

On ne retrouve qu'un seul antécédent pathologique notable chez cette femme, une arthrite de l'épaule gauche en 1955.

La R.C.H. débute en 1957 par un syndrome diarrhéique fait d'environ 3 à 4 selles liquides, hémorragiques par jour. Cette diarrhée dure un an environ. Elle disparaît totalement après une cure à Chatel-Guyon. Au cours de cette cure, un examen de selles aurait montré de nombreux kystes amibiens à 2 et 4 noyaux de type Entamoeba Dysentariae. Quelques semaines avant le début de cette poussée de diarrhée on note un conflit affectif important : les parents de la malade alors âgée de 30 ans s'opposèrent à son projet de mariage. Depuis 1958, année de son mariage, Madame M... a toujours eu un transit intestinal normal, jusqu'en Mai 1964 où débute la seconde poussée pour laquelle elle sera hospitalisée quelques mois plus tard. En effet, à cette date, la diarrhée réapparaît faite de selles liquides, hémorragiques, glaireuses, d'abord au nombre de 5 par jour environ, puis augmentant rapidement à 8 ou 10 par jour. Cette diarrhée s'accompagne de douleurs abdominales, précédant les selles et calmées par elles, d'abord localisées au colon gauche puis diffuses à tout l'abdomen, d'épreinte et de sensation de faux besoins. Elle entraîne une atteinte de l'état général : asthénie avec amaigrissement de 5 à 6 kg. En juillet 1964 est institué un traitement sulfamidé (Ganidan et Rufol). Ce traitement amène une légère amélioration, le nombre de selles est réduit à 2 ou 3 par jour. Cette amélioration se poursuit jusqu'en Octobre 1964 où l'on observe une recrudescence de la diarrhée hémorragique avec 10 à 12 selles par jour. Au début du mois de novembre la diarrhée persiste alors qu'apparaissent deux éléments importants, une arthrite de la cheville droite et un érythème noueux qui entraînent l'hospitalisation de la malade.

A son entrée dans le service, Madame M... présente une altération importante de l'état général, elle pèse 45 kg. Du point de vue digestif on note : une diarrhée faite de

selles sanglantes, glaireuses, au nombre de 10 par jour environ; une douleur de l'abdomen diffuse à tout le colon. A la palpation l'abdomen est sensible dans son ensemble et l'on met en évidence une douleur exquise bipolaire colique gauche et coecale. Du point de vue articulaire la cheville droite est augmentée de volume et douloureuse, les autres articulations ne sont pas atteintes. Il existe d'autre part un érythème noueux typique siégeant aux membres inférieurs, fait d'éléments de deux à trois centimètres de diamètre enchassés dans le derme et l'hypoderme. Le reste de l'examen clinique est normal.

Les examens biologiques donnent les résultats suivants : Hémogramme GR : 3.570.000, GB : 6.600, Polynucléaires Neutrophiles 81 %, Lymphocytes 14 %, Monocytes 5 %. Vitesse de sédimentation 81 mm à la première heure, 121 mm à la deuxième heure. Urée sanguine 0,20 g/litre. Glycémie 1,25 g/l. Amylasémie 60 unités Somogyi par litre. Protides totaux 73,5 g/l. Electrophorèse Albumines 45 %, Globulines alpha 1: 7 %, alpha 2 : 17 %, bêta : 12 %, gamma : 19 %, Fibrinémie 5,40 g/l. Le cliché thoracique est normal.

La rectoscopie pratiquée le 16 novembre 1964 montre sur le segment exploré (jusqu'à 12 cm) des plaques hémorragiques, des micro-ulcérations, une fragilité de la muqueuse tout à fait évocatrice d'une recto-colite ulcéreuse et hémorragique d'intensité moyenne. Le lavement baryté montre des images en pile d'assiettes au niveau du colon gauche. L'exploration radiologique de l'intestin grêle est normale. L'examen des selles met en évidence des selles pâteuses avec du pus et du sang mais sans aucun signe de parasitose.

La réaction de Waaler Rose est négative à deux examens successifs. Le dosage des antistreptolysines est normal à 120 unités.

La recherche des anticorps anti-colon par la méthode de l'immuno fluorescence indirecte dite du "sandwich", pratiquée dans le laboratoire du Professeur HALPERN, est négative. On recherche une allergie microbienne :

E = érythème P = papule

<u>I.D.R.</u>	<u>REACTIONS LOCALES</u>					
	$\frac{1}{2}$ heure		24 heures		48 heures	
	E	P	E	P	E	P
Témoin	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm
Aerobact. Aerog.	0	0	5	2	0	0
Baccile Coli.	15	5	5	2	5	0
Micro. Catau.	0	0	0	0	5	0
Pneumocoque	0	0	0	0	0	0
Salmon. Enter.	0	0	5	2	5	0
Shigella-Para Dysenteriae	0	0	15	8	8	3
Protéus	0	0	10	5	8	5
Candidine	0	0	0	0	0	0
Staphylo-Albus	15	8	0	0	0	0
Staphylo-Auréus	20	10	5	2	0	0
Strepto. Hémolytiq.	20	8	20	10	25	12
Strepto. non Hémol.	0	0	0	0	0	0
Strepto. Viridans	0	0	0	0	0	0

Donc faible positivité pour le streptocoque hémolytique sans valeur diagnostique formelle. L'épidermo réaction au Rufol et au Ganidan est négative.

On institue alors le traitement suivant : Néomycine (1,5 g), Pénicilline (2 Millions), Colimycine (1 million), Cortancyl (40 mg) et Librium. Sous l'effet de cette thérapeutique à laquelle on ajoute un lavement d'Hydrocortisone tous les deux jours, le nombre de selles diminue très rapidement devenant même nul ou égal à une dès le 9ème jour du traitement. Ainsi fin novembre la sédimentation globulaire est ralentie à 8 mm à la première heure, l'hémogramme montre une légère réparation de l'anémie

(3.700.000 Hématies) mais une leucocytose à 18.000 avec 76 % de polymucléaires neutrophiles; une nouvelle rectoscopie met en évidence une amélioration de l'état de la muqueuse rectale par rapport au précédent examen avec cependant persistance d'une fragilité de la muqueuse colique avec infiltration inflammatoire chronique; bien que non caractéristique, cet aspect est compatible avec le diagnostic de rectocolite mucohémorragique au stade de chronicité.

Donc après 15 jours d'hospitalisation et de traitement, Madame M... quitte le service, son état général est satisfaisant, elle n'a plus que deux selles moulées par jour, son érythème noueux a disparu, son arthrite de la cheville est très améliorée.

Depuis sa sortie la malade est traitée par Sulfamide ou Antibiotique, Librium et régime sans résidu. En Janvier 1965 elle a une selle par jour bien moulée, aucune douleur articulaire, l'Hémogramme et la Vitesse de sédimentation sont normaux. En mars 1965 Madame M... a repris 5 kg, son état général est excellent, le traitement (Salazopyrine et Belladéal) a été bien suivi, elle a toujours une selle par jour bien moulée. Une nouvelle rectoscopie montre une congestion modérée et un piqueté hémorragique de la muqueuse qui reste extrêmement fragile "pleurant le sang au porte coton", il n'y a plus d'ulcération ni d'aspect purulent. Au traitement précédent on ajoute 30 gouttes de Tripéridol par jour. Le 15 mai 1965, on note quelques douleurs au niveau des articulations sacro-iliaques, mais les selles restent normales de même que l'hémogramme et la sédimentation globulaire, le même traitement est poursuivi.

C'est donc l'observation d'une femme qui en 1957 à l'âge de 30 ans a présenté une première poussée de R.C.H. survenue quelques semaines après un conflit affectif, la diarrhée a persisté pendant près d'un an et n'a disparu qu'après une cure à Chatel-Guyon. C'est en 1964 qu'est survenue la seconde poussée, quelques mois après l'installation de la diarrhée surviennent un érythème noueux et une arthrite de la cheville droite. Après avoir confirmé le diagnostic de R.C.H. par la rectoscopie et la biopsie on institue un traitement associant Antibiotiques, Corticoïdes et Librium. L'effet de cette thérapeutique est remarquable puisque 10 jours plus tard la diarrhée et l'érythème noueux ont disparu, l'arthrite de la cheville est très améliorée. Le traitement est poursuivi après la sortie du service de la malade, si bien qu'en Mai 1965 l'examen clinique est normal ainsi que l'hémogramme et la sédimentation globulaire, l'aspect endoscopique est très amélioré.

OBSERVATION 2

Madame D... 57 ans entre dans le service du Professeur Claude LAROCHE le 1er Septembre 1964 pour les rectorragies.

Dans les antécédents pathologiques de cette femme on note une coxarthrose bilatérale très rapidement évolutive ayant nécessité en 1963 une Arthroplastie avec cupule. Madame D... fut très améliorée par l'intervention, mais il persiste une ankylose importante des deux hanches.

En Juillet 1964 apparaissent les premiers troubles chez cette femme qui avait toujours eu un transit intestinal normal. Il s'agit de rectorragies de sang rouge survenant surtout le matin avant la selle et au début de l'après-midi. Il y a 3 à 4 selles liquides par jour, pas de glaires; il n'y a pas de fièvre. Ces hémorragies s'accompagnent d'une douleur des fosses iliaques à type de coliques et d'une sensation de ténésme.

En Août 1964 survient brutalement une hémorragie sous-conjonctivale bilatérale occupant surtout les champs nasaux, accompagnée de céphalée frontale et d'insomnie. Fin Août apparaît une éruption cutanée faite de placards infiltrés, rouges, chauds, un peu sensibles, elle siège d'abord au genou puis s'étend à la face antérieure des jambes. En même temps la température s'élève à 39°.

L'examen clinique à l'entrée de la malade dans le service montre un abdomen souple dont la palpation réveille une douleur au niveau du flanc gauche et de la fosse iliaque gauche. Il y a 5 à 6 selles par jour, liquides avec émission de sang en fin de défécation, il n'y a ni pus ni glaire. Du point de vue articulaire on observe uniquement l'ankylose très marquée des deux hanches, il n'y a aucun signe d'arthrite inflammatoire. Les membres inférieurs sont le siège d'une éruption noueuse dermo-épidermique. Elle est faite de placards rouges, la peau est infiltrée, lisse, tendue, luisante. Au centre de chaque élément existe une zone plus claire. Ces éléments sont enchâssés dans le derme et l'hypoderme. L'examen ophtalmologique précise que l'on est en présence d'une épisclérite.

Les examens biologiques donnent les résultats suivants : Hémogramme G.R. : 2.500.000, G.B. : 11.200, Polynucléaires Neutrophiles 83 %. Vitesse de sédimentation : 93 mm à

La première heure. Protides totaux : 36,5 g/l. Electrophorèse : Albumines 30,5 %, Globulines alpha 1 : 9,5 %, alpha 2 : 17 %, bêta : 19 %, gamma : 24 %. Urée sanguine 0,15 g/l. Glycémie 1,10 g/l. Ionogramme sanguin : Chlore 98,6 mEq; Sodium 136 mEq; Potassium 3,6 mEq. La radiographie du thorax est normale.

La rectoscopie est difficile du fait de l'ankylose des deux articulations coxo-fémorales, le rectoscope ne peut dépasser 8 cm. Elle montre seulement une muqueuse anormalement fragile avec un piqueté presque framboisé et des rectorragies. La biopsie ne permet pas de conclure avec certitude, mais seulement d'envisager trois hypothèses : soit prélèvement effectué au contact d'un carcinome, soit maladie de NICOLAS et FAVRE, soit à la rigueur Rectocolite hémorragique. La recherche des anticorps anti-colon pratiquée dans le laboratoire du Professeur HALPERN par la méthode de l'immuno-fluorescence indirecte dite du "sandwich" est négative. Une nouvelle endoscopie avec biopsie pratiquée quelques jours plus tard donne les mêmes résultats. Le lavement baryté montre un aspect assez particulier du colon qui est un peu rétréci avec de petites spicules déformant la paroi colique. Il n'y a aucun signe de parasitose à l'examen des selles.

Le dosage des antistreptolysines est normal à 80 unités. Le sérodiagnostic à "Pasteurella pseudo tuberculosis" est négatif. La recherche d'une allergie microbienne donne les résultats suivants : l'intra-dermo-réaction au streptocoque hémolytique ne donne pas de réaction immédiate et, après 48 heures il n'y a pas d'érythème, il existe seulement une infiltration nette de 2 mm sur 2 mm. L'intra dermo réaction protéus ne donne qu'une réaction retardée à 48 heures avec un érythème de 3,5 cm de diamètre et une induration de 2 cm sur 2 cm, il n'y a pas de réaction focale.

L'évolution dans le service est la suivante : le 18 septembre apparaît une phlébite de la jambe gauche pour laquelle on entreprend un traitement anticoagulant que l'on doit arrêter rapidement devant de très importantes rectorragies. Fin septembre alors que les rectorragies persistent on institue un traitement à base de Cortancyl (30 mg) et de Salazopirine (4 g) puis on ajoute quelques jours plus tard du Tripéridol (40 gouttes par jour) et des lavements de Bismuth.

L'amélioration est remarquable; dès les premiers jours du traitement l'état général s'améliore et l'érythème noueux disparaît. Vers le 20 octobre il n'y a plus que 2 à 3 selles par jour, elles sont toujours liquides mais il n'y a plus de sang, les

douleurs abdominales ont disparu. Le 30 octobre, un nouveau lavement baryté montre des lésions plus étendues que sur les clichés d'août, siégeant depuis l'angle gauche jusqu'à la charnière recto-igmoïdienne avec disparition de la segmentation haustrale et aspect marécageux du contenu colique donnant des images en "nids d'abeilles" sur les clichés en couches minces; le colon est rétréci dans son ensemble sans rigidité semble-t-il. On pratique également à cette époque une rectoscopie qui montre uniquement une muqueuse rectale fragile.

Dans les jours qui suivent cette endoscopie on note une recrudescence de la diarrhée avec 5 à 6 selles par jour, liquides, non hémorragiques. Le 13 novembre les lavements au Bismuth sont remplacés par des lavements au Phosphate de Bétamétasone; très rapidement le transit intestinal se ralentit et l'on obtient 2 selles pâteuses par jour. Au début du mois de décembre on interrompt le Tripéridol pendant quelques jours, aussitôt les rectorragies réapparaissent; dès la reprise du médicament la diarrhée hémorragique cesse.

Le 28 décembre, Madame D... quitte le service, son état général est assez bon, elle est apyrétique, elle a repris 3 kg, elle n'a plus que 2 selles par jour en moyenne. Les examens complémentaires confirment cette amélioration clinique : Hémogramme G.R. : 3.460.000, G.B.: 3.900, Polynucléaires Neutrophiles 59 %, Vitesse de sédimentation 4 mm à la première heure. Protides totaux 66,5 g/l. La rectoscopie toujours difficile à pratiquer ne montre qu'une fragilité extrême de la muqueuse rectale. Le lavement baryté met en évidence des images non modifiées par rapport aux clichés du 30 octobre 1964.

Il s'agit donc de l'observation d'une femme de 57 ans chez qui on ne retrouve aucun antécédent digestif, et qui a présenté en juillet 1964 une première crise de R.C.H. Quelques semaines plus tard sont apparus une épisclérite et un érythème noueux. L'endoscopie rendue difficile par la coxarthrose bilatérale n'a pas montré un aspect absolument typique de R.C.H.. Le traitement associant Cortancyl, Salazopirine, Tripéridol et lavements au Bismuth puis au Phosphate de Bétamétasone a eu un effet remarquable faisant en quelques jours régresser la diarrhée, cesser les rectorragies, disparaître l'érythème noueux. Dans cette association thérapeutique il faut souligner l'importance du Tripéridol; en effet, un arrêt bref de ce produit fait réapparaître immédiatement les rectorragies qui ont cessé dès la reprise du médicament.

OBSERVATION 3

Mademoiselle R... 32 ans entre dans le service du Professeur DEBRAY le 3 Mai 1960 pour une crise de diarrhée associée à un érythème noueux.

Depuis plusieurs années cette femme est atteinte d'épisodes diarrhéiques.

C'est en septembre 1956 que l'on note les premières manifestations importantes : pendant quelques semaines survient une diarrhée sans douleur abdominale. Elle s'accompagne de douleurs et de tuméfaction des articulations des mains et des pieds. Il n'y a pas de fièvre mais une accélération assez nette de la vitesse de sédimentation. Cette poussée régressa assez rapidement sous l'effet d'un traitement par le Cortancyl, les Salicylates et la Pénicilline.

En 1957, une nouvelle crise de diarrhée s'accompagne d'une éfflorescence de nourures qui siègent aux membres inférieurs et d'une fièvre autour de 38°. Le même traitement est institué et amène la disparition des troubles.

En novembre 1958 apparaît un épisode transitoire de diarrhée avec douleurs diffuses, asthénie, fièvre à 39° et vitesse de sédimentation à 44 mm à la première heure.

Au début de l'année 1959 survient une nouvelle crise diarrhéique avec éruption noueuse. Quelques jours après l'installation de la diarrhée apparaissent les nourures qui siègent d'abord uniquement aux genoux, puis s'étendent à l'ensemble des membres inférieurs. On note alors également un gonflement douloureux au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. La vitesse de sédimentation est de 115 mm à la première heure. En quelques semaines l'évolution se fait de façon régressive.

Fin Avril 1960, une nouvelle crise entraîne l'hospitalisation. Il s'agit d'une diarrhée assez abondante avec 3 à 6 selles par jour, fécales et non sanglantes le matin, sanglantes, glaireuses, liquides dans la journée et d'une odeur fétide. Elle est accompagnée de malaises, de bouffées de chaleur, de vertiges, de crampes siégeant dans l'hypochondre et la fosse iliaque gauche. L'examen des selles ne montre ni germes pathogènes, ni parasites. En même temps que cette diarrhée apparaît un érythème noueux siégeant aux membres inférieurs.

A son entrée dans le service le 3 Mai 1960, l'examen clinique chez cette femme fatiguée et amaigrie montre un abdomen légèrement météorisé avec douleurs du flanc gauche augmentées par la palpation. Un érythème noueux siège aux membres inférieurs mais plus important à gauche qu'à droite. Il s'agit de noueux enchâssés dans le derme et l'hypoderme de taille et d'âge différents, certaines sont en régression alors que de nouvelles apparaissent. Le reste de l'examen clinique ne révèle rien de pathologique et en particulier aucun signe articulaire.

Les examens complémentaires donnent les résultats suivants : Hémogramme G.R. 3.200.000, G.B. 12.000, Polynucléaires Neutrophiles 67 %. Vitesse de sédimentation 66 mm à la première heure. Urée sanguine 0,30 g/l, Glycémie 0,95 g/l, Protides totaux 65 g/l. Electrophorèse, albumines 50,5 %, globulines alpha 1 : 3,2 %, alpha 2 : 12,6 %, bêta : 13,7 %, gamma : 20 %. Recherche de cellules de Hargraves négative. Examen des selles : absence de parasites. Le lavement baryté met en évidence la disparition de la segmentation haustrale avec des signes de colite du colon droit; il existe une modification des plis sur le colon transverse, un angle droit un peu raide et sur le sigmoïde des micro-ulcérations : il n'y a pas de raccourcissement important du colon mais celui-ci semble avoir perdu un peu de sa souplesse. La rectoscopie montre une image de recto-colite hémorragique non évolutive se manifestant par la présence de glaires et par une grande fragilité de la muqueuse rectale. Histologiquement il s'agit d'une image de rectite interstitielle non spécifique. Les radiographies du squelette et le cliché thoracique sont normaux.

On institue le traitement suivant : Nivaquine 300 mg par jour, Salazopyrine 6 g par jour et régime sans résidu.

Après une quinzaine de jours de cette thérapeutique, Mademoiselle R... dont l'état est très amélioré, quitte le service : l'érythème noueux a disparu, il n'y a plus que deux selles moulées par jour. La muqueuse recto-sigmoïdienne est atrophique, reste un peu fragile avec par place de petites taches congestives à la limite de la visibilité, il n'y a aucun aspect de saignement en nappe, cet ensemble n'évoque plus une R.C.H.

Mademoiselle R... fut de nouveau hospitalisée dans le service en Février 1961 pour une poussée de R.C.H.. L'aspect rectoscopique était comparable à celui noté à son entrée lors de la précédente hospitalisation. Il n'y avait ni phénomène articulaire, ni manifestation cutanée. Son état s'est amélioré rapidement.

Depuis cette date aucune autre poussée ne fut signalée.

C'est donc l'observation d'une jeune femme de 32 ans qui de 1956 à 1961 a présenté chaque année, à différentes saisons, une crise de R.C.H. trois fois (1956, 1958, 1959), ces crises se sont accompagnées de manifestations auriculaires qui ont guéri rapidement et sans séquelle. A trois reprises (1957, 1959, 1960) un érythème noueux accompagna la diarrhée et disparu en même temps qu'elle. Une fois (1959) on observa une atteinte articulaire et un érythème noueux associés au syndrome digestif, ils évoluèrent en même temps que lui.

OBSERVATION 4

Madame C... 41 ans entre dans le service du Professeur DEBRAY le 14 Janvier 1965 pour une R.C.H. sévère et ancienne.

On ne note aucun antécédent médical ou chirurgical important chez cette femme présentant un bon équilibre psychique.

Les premiers signes de R.C.H. sont apparus il y a 17 ans. En 1948 survient une poussée de diarrhée qui a duré 13 jours, puis 6 mois plus tard une nouvelle poussée de diarrhée apparaît avec cette fois des selles sanglantes et purulentes.

Depuis cette époque des poussées de diarrhée surviennent tous les 3 mois environ et durent 15 jours en moyenne. On note alors 10 à 15 selles sanglantes et purulentes par jour. En Janvier 1959 survient une crise de diarrhée importante au cours de laquelle aux troubles du transit intestinal s'associent des manifestations articulaires. Elles atteignent d'abord les articulations des membres inférieurs (genoux et chevilles), puis s'étendent à toutes les articulations qui prennent un aspect inflammatoire; elles sont gonflées, tuméfiées, un peu violacées. Ces phénomènes articulaires régressent sous l'effet du Cortancyl et l'état général s'améliore après quelques transfusions sanguines. Depuis 1959 aucun signe articulaire n'est réapparu lors des crises du R.C.H. mais très souvent elles furent accompagnées d'une éruption cutanée érythémateuse.

La poussée actuelle qui fera hospitaliser la malade commence le 15 novembre 1964, elle est particulièrement violente. Si le nombre des selles varie comme au cours des crises précédentes entre 10 et 15 par jour, on note cette fois une grosse altération de l'état général avec une fièvre à 39° et un amaigrissement de 11 kg.

Le 14 Janvier, lors de son entrée dans le service, l'abdomen est souple, la douleur à la palpation du cadre colique est plus marquée à gauche qu'à droite; une ulcération anale très douloureuse rend le toucher rectal impossible; une éruption cutanée siège sur les jambes et les bras, elle est faite d'éléments papuleux confluents en placards irréguliers, peu nombreux, légèrement prurigineux, congestifs, non enchâssés dans le derme, présentant une légère desquamation, au total éruption d'aspect purpurique; il n'y a pas d'atteinte articulaire actuellement.

D'autre part Madame C... présente une mélanodermie généralisée mais prédominant aux régions découvertes et aux zones normalement pigmentées; elle prétend avoir toujours présenté cette pigmentation cutanée; les dosages hormonaux montrent l'absence d'atteinte surrénalienne.

Les examens complémentaires donnent les résultats suivants : Hémogramme G.B. 8.100, G.R. 4.000.000. Vitesse de sédimentation 30 mm à la première heure, 60 mm à la deuxième heure. Urée sanguine 0,30 g/l. Glycémie 0,95 g/l. Protides totaux 64 g/l. Electro-phorèse : albumines 29 g/l; globulines alpha 1 : 6,7 %, alpha 2 : 15 %, bêta : 12,8 % gamma : 15 %. Ionogramme sanguin : chlore 102 mEq, potassium 4 mEq, sodium 138 mEq. Le cliché thoracique est normal. Il n'y a ni albuminurie ni protéinurie. Il n'y a pas de parasites dans les selles, mais on trouve des colibacilles et des staphylocoques pathogènes.

Il faudra attendre une semaine que l'ulcération anale soit en partie cicatrisée pour pouvoir pratiquer une rectoscopie. On voit alors une paroi rectale raide avec micro-recties et présence d'une grande quantité de pus, d'exudats fibrino-cruoriques importants. La muqueuse saigne au contact. Dans le canal anal à 5 heures - 7 heures on trouve l'ulcération en voie de cicatrisation mais encore douloureuse. La biopsie pratiquée montre une très intense rectite épithéliale et interstitielle, érosive et hémorragique purulente, évoquant une R.C.H. en poussée. Le lavement baryté montre d'importantes lésions de microrectie; le colon sigmoïde est très court, encore souple mais ne se distendant pas au cours du lavement; le colon descendant est un peu moins touché; sur le colon transverse un aspect aréolaire faisant évoquer des pseudo-polypes est observé sur certains clichés : de l'angle droit à l'ampoule rectale la segmentation haustrale a disparu; le colon ascendant et la dernière anse grêle sont normaux.

Le diagnostic de R.C.H. est ainsi confirmé et le traitement est entrepris : Salazopyrine (4 g par jour) et Rimifon (150 mg par jour). Après une semaine de cette thérapeutique on observe une très nette amélioration : reprise de poids de 2 kg environ, température normale, le nombre de selles passe de 15 à 3 ou 4 par jour, non sanglantes, l'érythème disparaît. La rectoscopie montre une nette régression des lésions. C'est dans cet état satisfaisant que Madame C... quitte le service après 3 semaines d'hospitalisation.

Il s'agit de l'observation d'une femme de 41 ans présentant une R.C.H. sévère ayant débutée en 1948. En 1959 survient une crise importante au cours de laquelle on observe des manifestations articulaires qu'un traitement par les corticoïdes fait régresser rapidement. Depuis cette date les articulations ne furent plus jamais

atteintes, mais les épisodes diarrhéiques furent fréquemment accompagnés d'une éruption cutanée érythémateuse. Enfin la dernière poussée fut particulièrement violente, aux signes digestifs s'associèrent une atteinte de l'état général et une éruption purpurique. Un traitement associant Salazopyrine et Rimifon améliora rapidement l'état digestif et l'état général tandis que disparaissait l'éruption cutanée.

OBSERVATION 5

Monsieur V... 56 ans préparateur en pharmacie entre dans le service, du Professeur DEBRAY le 11 Octobre 1964 pour une recto-colite hémorragique avec phénomènes articulaires.

Dans les antécédents de cet homme on ne retrouve qu'un conflit affectif important. En effet le pharmacien chez qui Monsieur V... travaillait depuis plus de 40 ans et avec qui il entretenait des relations amicales est décédé quelques mois avant le début de sa maladie et les rapports avec son successeur sont très tendus.

C'est en Juin 1964 qu'apparaissent les premiers signes articulaires : douleur au niveau de la cheville droite puis du genou droit qui devient globuleux, chaud, sans modification cutanée, douloureux spontanément et à la mobilisation, entraînant une impotence fonctionnelle marquée. Il n'y a pas de fièvre et ces manifestations articulaires rétrocedent rapidement par un traitement antalgique banal. Ainsi en une semaine les signes articulaires ont disparu alors qu'apparaissent les troubles du transit intestinal : 5 à 6 selles par jour, afécales, liquides, puriformes, avec quelques filets de sang. A cette diarrhée s'associent des douleurs de l'hypochondre gauche descendant vers le sigmoïde, soulagées par les gaz, et des sensations de faux besoins réveillant le malade la nuit. Des examens complémentaires sont alors pratiqués : Hémogramme : G.R. 3.000.000, G.B. 18.900, Polynucléaires Neutrophiles 76 %. Un lavement baryté met en évidence des phénomènes de type spasmodique sur le sigmoïde, le reste du colon étant normal. L'aspect rectoscopique est évocateur de R.C.H.

L'examen des selles ne montre aucune parasitose et met en évidence des staphylocoques pathogènes. Un traitement antibiotique (Pénétracine et Flabelline) et sulfamidé (Salazopyrine) est alors entrepris, il n'apporte qu'une amélioration incomplète : persistance de 3 à 4 selles afécales par jour.

A la fin du mois de juillet on observe une amélioration très nette sur le plan digestif due semble-t-il aux lavements de Néomycine et aux lavements d'Hydrocortisone. Il persiste cependant 2 à 3 selles par jour avec pus et parfois un peu de sang. L'état général reste satisfaisant, quelques transfusions ont permis de réparer l'anémie (5.000.000 d'hématies) et l'hyperleucocytose est réduite à 11.300 leucocytes. Cette amélioration se poursuivra au cours du mois d'Août.

Mais début septembre les phénomènes articulaires réapparaissent, plus intense qu'en Juin, avec douleurs siégeant surtout à la cheville et au genou droit, et de façon plus discrète au genou gauche, aux poignets, aux articulations métatarso-phalangiennes et inter-phalangiennes proximales. Ces douleurs articulaires résistent au traitement antalgique banal. Quelques jours plus tard les troubles du transit intestinal réapparaissent, identiques à ceux de juin : 4 à 5 selles par jour, afécales avec pus et sang. L'état général est rapidement altéré : un amaigrissement de plus de 10 kg depuis le début de juin, une fièvre à 38° avec des clochers à 39°.

C'est dans cet état que Monsieur V... est hospitalisé le 11 Octobre. On note alors un poids à 66 kg (poids normal 78 kg) une température à 38°. Du point de vue digestif, en moyenne 4 à 5 selles afécales par jour. L'examen met en évidence un colon gauche spasmé et douloureux à la palpation profonde. Du point de vue articulaire il existe une douleur importante au niveau des deux genoux entraînant une impotence fonctionnelle absolue et des insomnies. A l'examen les genoux sont globuleux, chauds, la peau n'est pas inflammatoire, la flexion est très limitée, il existe un choc rotulien bilatéral net, il n'y a pas de lymphangite, pas d'adénopathie satellite. Le maximum de la douleur est situé le long des bords latéraux des plateaux tibiaux. Les autres articulations sont douloureuses mais ne présentent pas de limitation fonctionnelle.

Des examens complémentaires sont pratiqués : Hémogramme : G.R. 2.900.000, G.B. 11.400, Polynucléaires neutrophiles 77 %. La sédimentation globulaire est de 80 mm à la première heure, 118 mm à la deuxième heure.

Les protides totaux sont à 71 g/l et l'électrophorèse montre 31 g/l d'albumine et 14,5 d'alpha 1, globulines. Glycémie 0,95 g/l. Urée sanguine 0,30 g/l. Il n'y a ni albuminurie, ni protéinurie. Le cliché thoracique est normal, les radiographies du squelette ne montrent pas d'anomalie, la réaction de WAALER-ROSE et la réaction d'agglutination des particules de LATEX sont négatives, ainsi que la recherche des cellules de HARGRAVE. Le taux des antistreptolysines est normal à 50 unités. L'examen des selles montre la présence de sang, mais l'absence d'amibes et de parasites. Le lavement baryté est pratiquement normal malgré l'importance des signes cliniques.

Après une semaine d'évolution on constate la persistance des signes digestifs, de la fièvre et des manifestations articulaires. C'est alors que le malade subit une biopsie de la synoviale du genou pratiquée dans le service du Professeur COSTE montre les

faits suivants : on trouve entre les villosités des amas de substance fibrinoïde parfois habités de polymucléaires; les franges synoviales ont une bordure partout bien individualisée et le plus souvent fortement hyperplasique l'axe des franges est constitué d'un tissu conjonctif oedémateux, bien vascularisé; le tissu conjonctif et plus particulièrement la périphérie des vaisseaux sont occupés par des travées inflammatoires histio-lympho-plasmocytaires. En aucun point on ne voit de véritable groupement nodulaire. L'aspect rappelle cependant celui d'une polyarthrite rhumatoïde, malgré les réactions de WAALER-ROSE et de LATEX de nouveau négatives le 20 Novembre. La rectoscopie montre un aspect typique de R.C.H.. La recherche des anticorps anti-muqueuse intestinale est normale.

Le traitement entrepris (Salazopyrine, Rimifon et Réfrigération rectale) est bien supporté et donne d'excellents résultats. Si bien qu'à la sortie du malade au début du mois de décembre on note : sur le plan clinique une amélioration très nette, des douleurs articulaires que l'on ne retrouve que de façon intermittente au genou droit encore un peu globuleux, et à la cheville droite légèrement enraidie le matin; le transit intestinal est nettement ralenti, il persiste seulement 3 selles par jour, moulées, non sanglantes. On enregistre une reprise de poids de 3 kg. Biologiquement l'anémie est moins marquée (3.900.000) et le chiffre des leucocytes est presque normal (8.400), la vitesse de sédimentation reste assez accélérée à 34 mm à la première heure. Le lavement baryté montre quelques images pseudo-diverticulaires du sigmoïde. Une nouvelle rectoscopie confirme l'aspect de R.C.H. déjà vu. Enfin l'histologie montre la présence de pseudo-polypes inflammatoires. C'est dans cet état à peu près satisfaisant que Monsieur V... quitte le service le 4 Décembre 1964.

Il s'agit de l'observation d'un homme de 56 ans qui a présenté, quelques semaines après un conflit psychologique, une R.C.H. avec manifestations articulaires. Au cours de la première poussée les atteintes articulaires ont précédé les signes digestifs et ont disparu après une semaine de traitement antalgique alors que la diarrhée ne cédait qu'incomplètement sous traitement antibiotique. La seconde poussée débute quelques mois plus tard et fut plus sévère s'accompagnant d'une atteinte de l'état général avec fièvre. Cette fois encore les articulations furent atteintes, les douleurs résistèrent au traitement antalgique banal. Seul un traitement associant Salazopyrine, Rimifon et Réfrigération rectale fit régresser simultanément les signes digestifs et articulaires. Il ne persiste aucune séquelle articulaire.

OBSERVATION 6

Monsieur S... 28 ans est traité depuis Octobre 1962 par les docteurs J. et J.A. PAOLAGGI pour une recto-colite hémorragique avec manifestations articulaires.

Chez ce malade on ne retrouve aucun antécédent pathologique notable, il a fait son service militaire en Algérie mais n'a présenté aucun trouble digestif pendant cette période. Il aurait un frère ulcéreux.

C'est en Novembre 1960 qu'apparaissent les premiers signes articulaires, on observe alors une douleur du genou droit avec une hydarthrose ayant persisté pendant 10 jours. Puis en Mars 1961 les chevilles et les mains ont augmenté de volume et sont douloureuses, de plus le malade est réveillé la nuit par des douleurs lombaires. C'est à cette époque qu'apparaît la diarrhée, il y a 5 à 6 selles purulentes par jour, il n'y a pas de douleur abdominale. Tout rentre dans l'ordre en quelques semaines. Mais en octobre 1962 le Docteur J. PAOLAGGI voit Monsieur S... pour la première fois pour des douleurs articulaires diffuses. L'examen clinique montre un amaigrissement de 5 à 6 kg, un rachis souple, un point douloureux sciatique gauche, les articulations tibio-tarsiennes sont augmentées de volume et douloureuses avec une légère limitation fonctionnelle. Il existe d'autre part un iritis de l'oeil gauche. Les examens donnent les résultats suivants : Hémogramme : G.R. 4.510.000, G.B. : 11.700, Polynucléaires neutrophiles : 71 %, Vitesse de sédimentation 20 mm à la première heure, 60 mm à la deuxième heure. La réaction de WAALER-ROSE est négative. Les radiographies osseuses montrent : sur le bassin un élargissement flou et un aspect microgéodique du pôle supérieur de la tête fémorale gauche. Sur la colonne il n'y a pas de syndesmophytes mais seulement une anomalie de l'arc postérieur de D II-D 12. Sur les chevilles un aspect sale de la trame osseuse, des petites irrégularités encochant le versant interne de la surface articulaire astragaliennne gauche, de nombreux îlots de condensation sur la cheville droite. Le transit baryté gastro-duodénal vérifie l'absence d'ulcus. On institue alors un traitement associant Butazolidine (400 mg par jour) et Aspirine. Cette thérapeutique amène une amélioration lente. Cependant fin Novembre on note : une reprise de poids de 5 kg, la disparition des artralgies sauf au niveau des chevilles parfois encore un peu sensibles. L'hémogramme est normal mais la vitesse de sédimentation est encore à 30 mm à la première heure et il faudra poursuivre le traitement jusqu'à la fin du mois de janvier 1963 pour la voir se ralentir à 5 mm à la première heure.

Jusqu'en Mai 1963, Monsieur S... va bien, c'est alors que la diarrhée réapparaît faite de 5 à 6 selles par jour, glaireuses, purulentes, sanglantes, sans nouvelles poussées articulaires. On pratique une rectoscopie qui montre un rectum typique de R.C.H. avec fragilité de la muqueuse, dépôts muco-purulents, mais pas d'ulcérations. La biopsie précise qu'il s'agit en grande partie de fragments de pseudo-polypes granulomateux de WEICHSELMANN, formations que l'on rencontre surtout au cours de R.C.H. authentiques. Le lavement baryté montre également des lésions typiques de R.C.H. sur le colon gauche, le sigmoïde et le rectum avec disparition de la segmentation haustrale et rigidité. L'hénogramme est normal, la vitesse de sédimentation est à 25 mm à la première heure, 41 mm à la deuxième heure. On prescrit le traitement suivant: Salazopyrine (3 g), Ganidan (4 g), Rimifon (250 mg) Lavements au Bismuth et à l'Hydrocortisone, tout en conservant 200 mg de Phénylbutazone par jour. Ainsi fin septembre 1963 l'amélioration est nette : le transit intestinal est ralenti à 2 ou 3 selles molles par jour avec émissions muco-purulentes mais absence de sang. La rectoscopie montre le même aspect qu'en mai avec en plus une formation polypoïde molasse, sessile, de la taille d'une grosse amande, à 6 cm de la marge de l'anus. L'examen histologique de cette formation révèle qu'elle est constituée par un tissu conjonctif inflammatoire riche en polymucléaires neutrophiles et parcouru par de nombreux néo-capillaires à paroi endothéliale épaisse; ces granulomes sont enduits d'une couche de débris nécrotiques et hémorragiques, et ne contiennent aucune trace de cavité glandulaire. Il s'agit donc de pseudo-polypes granulomateux uniquement inflammatoires dont l'intensité cadre parfaitement avec une authentique R.C.H.

L'amélioration se poursuivra pendant quelques mois, Monsieur S... arrête de lui-même la Butazolidine et reprend son travail en décembre 1963. Mais au début de l'année 1964 les arthralgies réapparaissent nocturnes siégeant à la cheville droite et le long de la colonne dorsale. La sédimentation globulaire est à 45 mm à la première heure. Sur les radiographies de la colonne : même aspect qu'en octobre 1962. On reprend la Butazolidine à la dose de 200 mg par jour, ainsi à la fin du mois d'Avril 1964, il ne persiste que quelques douleurs intermittentes de la cheville droite, en particulier à la marche.

En mai 1964 la diarrhée réapparaît, à 8 selles par jour avec pus et sang. Le traitement suivant est prescrit : Salazopyrine (4 g) Rimifon (600 mg) Bismuth, lavements à l'Hydrocortisone et régime sans résidu.

Lors de la dernière consultation en Juin 1964 on note : un état général satisfaisant avec une reprise de poids de 5 kg. Aucun signe articulaire. Il y a 3 selles par jour moulées mais avec encore parfois quelques filets de sang.

Il s'agit de l'observation d'un jeune homme de 28 ans qui présente une R.C.H. avec manifestations articulaires. C'est en 1960 qu'apparaissent les premières douleurs articulaires au genou droit. Puis en Mars 1961 on observe des douleurs aux chevilles et aux mains ainsi que des douleurs lombaires nocturnes, ces arthralgies s'accompagnent d'une diarrhée. En octobre 1962 Monsieur S... se plaint de douleurs articulaires diffuses, les tibio-tarsiennes sont augmentées de volume, la Butazolidine amène une amélioration très nette. En mai 1963 une nouvelle crise de diarrhée survient, la rectoscopie, la biopsie, le lavement baryté montrent des lésions typiques de R.C.H. Le traitement (Salazopyrine, ganidan, rimifon, lavements au bismuth et à l'hydrocortisone) amène une amélioration, le transit intestinal redevient pratiquement normal en septembre 1963. Au début de l'année 1964, les arthralgies réapparaissent, elles disparaîtront après 3 mois de traitement par la Butazolidine. Au mois de mai une nouvelle crise diarrhéique survient, elle cède après 1 mois de traitement. Ainsi en Juin 1964, le malade est en assez bon état général et ne présente ni arthralgies, ni troubles digestifs.

OBS. I	1957	16-NOV-64	28-NOV-64	5-JAN-65	19-MARS-65	10-1VR-65
S.DIGEST.	3 à 4 selles liquides + sang	10 selles sang + glaires Erythème noueux aux M.I.	2 selles moulées/jour	1 selle moulée/jour	1 selle moulée/jour	1 selle moulée par jour
S.CUTANES						
S.ART.		cheville D. douloureuse et tuméfiée	légère douleur cheville D.			Douleur des sacro-iliaques
N.F.		G.R. 3.570.000 G.B. 6.600 Poly: N. 81 % E. 0 B. 0 Mono: lympho 14 % mono. 5%	G.R. 3.700.000 G.B. 18.200 Poly: N. 76 % E. 1 % B. 0 Mono: lympho 21 % mono 2 %	G.R. 4.260.000 G.B. 4.800 Poly: N. 66 % E. 0 % B. 2 % Mono: lympho 26 % mono 6 %	G.R. 4.220.000 G.B. 5.400 Poly: N. 42 % E. 3 % B. 0 Mono: lympho 49 % mono 6 %	
V.S.		81-121	8-20	3-7		4-7
PROTIDES		Totaux 73,5g/l Alb. 45 % Glob. 17 % 17 % 12 % 19 %				
WAALER-ROSE		Négatif				
A.S.L.		120				
SELLES	Kystes amibiens à 2 et 4 noyaux	Pâteuses Pus et sang Pas de parasite				
RECTOSCOPIE		Plages hémorrag. Micro-ulcérations Muqueuse fragile	Amélioration Persistance de Micro-ulcérations Muqueuse fragile		Piqueté hémor- ragique. Muqueuse fra- gile.	

OBS.2	5-SEPT-64	20-SEPT-64	9-OCT-64	3-NOV-64	19-NOV-64	10-DEC-64
S.DIGEST.	5 à 6 selles liquides + sang	Idem	2 à 3 selles liquides. Pas de sang.	Idem	5 à 6 selles liquides	2 selles moulées par jour.
S.CUTANES	Erythème nouveau aux M.I.	Idem	Erythème nouveau a disparu			
N.F.	G.R. 2.500.000 G.B. 11.000 Poly: N. 83 % E. 1 % B. 0 Mono: lympho 10 % mono 6 %	G.R. 4.060.000 G.B. 4.200 Poly: N. 72 % E. 0 B. 0 Mono: lympho 20 % mono 8 %	G.R. 3.200.000 G.B. 8.000 Poly: N. 72 % E. 0 B. 1 % Mono: lympho 24 % mono 3 %	G.R. 2.840.000 G.B. 17.000 Poly: N. 89 % E. 1 % B. 0 Mono: lympho 6 % mono 4 %	G.R. 3.710.000 G.B. 6.200 Poly: N. 89 % E. 0 B. 0 Mono: lympho 9 % mono 2 %	G.R. 3.460.000 G.B. 3.000 Poly: N. 59 % E. 1 % B. 1 % Mono: lympho 35 % mono 4 %
V.S.	93 - 135		5 - 10			
PROTIDES	Totaux 36,5g/l Alb. 30,5 % Glob. α_1 9,5 % α_2 17 % β 19 % γ 24 %	totaux : 53g/l Alb. 38 % Glob. α_1 7,5 % α_2 11 % β 20 % γ 23,5 %	totaux : 42,5g/l Alb. 35,5 % Glob. α_1 8,5 % α_2 16 % β 20 % γ 20 %	totaux : 66,5g/l sérimine : 25,6g/l Glob. 40,9g/l Rapport: 0,63		
A.S.L.	80 unités					
SELLES	Liquides leucocytes + hématies. Pas de parasites.	Liquides. Sang, pus, glaires. Pas de parasites				
RECTOSCOPIE	Rectorragies. Muqueuse fragile Piqueté framboisé	Muqueuse fragile Ni ulcération, ni végétation		Muqueuse très fragile		Grande fragilité de la muqueuse. Pas d'ulcération.
LAVEMENT BARYTE	Colon dec. rétréci Spicules sur la paroi collique.			Disparition de la segment. haute sur le colon G. contours déchiétés sans rigidité.		Sur le colon G. disparition des hausturations, pas de rigidité.

OBS. 3	Sept. 1956	1957	Nov. 1958	Févr. 1959	5-5-1960	21-5-1960
S.DIGEST.	Diarrhée	Diarrhée	Diarrhée	Diarrhée	Diarrhée 5 à 6 selles sang + glaires	2 selles moulées par jour
S.ARTIC.	Douleur + Tumé- faction mains et pieds		Douleurs art. diffuses.	Métacarpo- phalangienne du pouce		
S.CUTANES		Erythème nouveau aux M.I.		Erythème nouveau aux M.I.	Erythème nouveau aux M.I.	
N.F.					G.R. 3.210.000 G.B. 12.000 P.N.: 67 %	
V.S.	Accéléérée	44		115	66 - 102	
PROTIDES						Totaux: 65 g/l Alb : 50,5 % Glob : 13,2 % 12,6 % 13,7 % x 20
SELLES					Moulées, pas de parasites.	
RECTOSCOPIE					R.C.H. non évoluti- ve. Glaires. Muqueuse fragile	Muqueuse atroph. un peu fragile. Pas de sang. N'évo- que plus R.C.H.
LAVEMENT BARYTE					Disparition de la seg. haustrale. Micro-ulc. du sigmoïde.	

OBS.4	JAN. 1959	14 - JAN - 1965	22 - JAN - 1965	30 - JAN - 1965
S. DIGEST.	10 selles afécales et sanglantes/jour	10 à 15 selles avec sang et pus	Idem.	3 à 4 selles non sanglantes/jour.
S. ARTIC.	Douleurs et gonflement de toutes les articulations			
S. CUTANES		Eruption purpurique.	Idem.	Disparition de l'éruption.
N.F.		G.R. : 4.020.000 G.B. : 8.000 Poly. N. 78 %		
V.S.		30 - 60		
PROTIDES		Totaux 64g/l Alb. 29g/l Glob. 9,6 % α1 15,6 % α2 12 % β 21,8 % γ	Totaux 68g/l Alb. 28g/l Glob. 6,7 % α1 15 % α2 12,8 % β 15 % γ	
WAALER-ROSE LATEX			négatifs	
SELLES		Liquides. Pas de parasites Colibacilles et Staphylo. pathogènes.		Semi-liquides. Pas de parasites. Protéus et Staphylo. non pathogènes
RECTOSCOPIE		Impossible car fissuration anale.	Paroi raide. Micro-rectie. Pus. Saignement au contact.	Très améliorée. Peu de pus. Pas de sang.
LAVEMENT BARYTE			Disparition des haustres sur le desc. et le sigm. Micro-rectie du sigmoïde. Pseudo-polype du transverse.	

OBS. 5	JUIN 1964	14 - OCT - 64	26 - OCT - 64	20 - NOV - 64	4 - Dec.
S.ART.	Douleur et gonflement cheville et genoux D.	Genoux douloureux et globuleux	Idem	Idem	Genou et cheville D légèrement douloureux
S.DIGEST.	5 à 6 selles Pus + sang	4 à 5 selles afécales par jour	Idem	Idem	3 selles moulées par jour.
N.F.	GR : 3.000.000 GB : 19.000 Poly N : 76 %	GR : 2.960.000 GB : 11.400 Poly N : 77 %	GR : 2.400.000 GB : 15.600 Poly N : 82 %	GR : 2.910.000 GB : 5.400 Poly N : 74 %	GR : 3.940.000 GB : 8. 8.400 Poly N : 69 %
V.S.		80 - 118			34 - 78
PROTIDES		Totaux : 71 g/l Alb. : 31 g/l α 2 14,5 %	Totaux : 65 g/l Alb. : 29 g/l α 2 17 %		
WAALER-ROSE + LATEX		Négatifs		Négatifs	
A.S.L.		50 unités			
SELLES	Pas d'amibes Pas de parasites. Staphylo.Path.	Liquides avec sang Pas d'amibes. Pas de parasites.			
LAVEMENT BARYTE	Sigmoïde d'aspect spasmodique desc. et reste du colon normaux.	Aspect presque normal.			4 à 5 images pseudo-diverticulaires du sigmoïde. Reste du colon normal.
RECTOSCOPIE	Aspect évocateur de R.C.H.		Aspect typique de R.C.H.	Peu de changement Saigne au contact Peu de pseudo-polypes	Exudats fibrino-purulent Sang au contact.

ØBS. 6	MARS 1961	OCT. 1962	MAI 1963	SEPT. 1963	JANV. 1964	MAI 1964
S.DIGESTIF	Diarrhée	0	Diarrhée, pus et sang	2 selles molles par jour.	0	Diarrhée, pus et sang.
S.ART.	Chevilles, mains Douleurs lombaires.	Douleurs diffuses. Atteinte des S. Iliques à la radio.	Aucune douleur	Aucune douleur	Douleur chevill le droite et dorsale.	Légère douleur genou droit.
N.F.		G.R. 4.510.000 G.B. 11.700 P.N. : 71%	G.R. 4.400.000 G.B. 9.200 P.N. 67%			G.R. 4.200.000 G.B. 9.200 P.N. 66 %
V.S.		20 - 60	25 - 41		45 - 70	
WAALER-ROSE + LATEX		négatifs.				
RECTOSCOPIE			Rectum typique de R.C.H. Muqueuse fragile Dépôts muco-purulents.	Même aspect qu' en Mai Polype à 6 cm.		
LAVEMENT BARYTE			Rigidité. Disparition de la segmentation haustrale.			

TABLEAU RECAPITULATIF.

OBS	AGE (début)	SEXE	S. ARTICULAIRES	S. DIGESTIFS	S. CUTANES	EVOLUTION	DIVERS
1	30	Fem.	Art; cheville droite	10 selles/jour glaires + pus + sang. 1er en date.	Erythème nouveau aux M.I.	Ex. clin. normal après 10 jours de traite- ment. (Péni. Coli. Cortancyl).	Conflit psycho Allergie: légère positivité au strepto-Hémol.
2	57	Fem.	0	1er en date. Rectorragies. 5 à 6 selles liquides/jour.	Erythème nouveau aux M.I.	Après 10 j. de traite- ment (Salazo, Cortancyl, Triperidol.) 2 selles Erythème disparu.	Episclérite Allergie négative.
3	28	Fem	Mains et pieds douloureux et augm. de volume (56, 58, 59)	6 selles par jour sang + glaires.	Erythème nouveau aux M.I. (57, 59, 60)	Ex. clin. normal après 15 j. de traite- ment (Salazo et Nivaquine).	
4	24	Fem	Tts les art. des memb. ont un aspect inflamm.	1er en date 10 selles/jour sang + pus	Erythème nouveau en 65. Eruption érythémateuse ac.- souvent la diar- rhée.	Après 1 sem. de trait. (Salazo + rimi- fon) 3 selles/j. Erythème disparu.	
5	56	Masc.	1er en date genou et cheville D. surtout. Genou G. et poignets.	5 à 6 selles par jour. Sang et pus.	0	Sous trait. (Salazo + Rimifon) douleurs art. diminuées. 3 selles par jour.	Conflit psycho- Biopsie Syn : aspect de P.C.E.
6	26	Masc.	1er en date. Genou D. Chevilles mains. Spondylarthrite	6 selles par jour. Glaires + pus + sang.	0	Sous trait. (Butaz., Salazo. Canidan, Rimifon) Amélioration mais rechutes.	Iritis.

CHAPITRE I : LES SIGNES ARTICULAIRES

Différents types cliniques d'arthropathies peuvent être observés.

Les points de vue divergent selon les auteurs. BYWATERS (6), WRIGHT et WATKINSON (36) ne reconnaissent que les arthrites des membres. Pour ROTSTEIN, seule la spondylarthrite ankylosante peut être considérée comme une manifestation de la recto-colite hémorragique. Mc EWEN, tout en les distinguant clairement, accepte à la fois les arthrites des membres et les spondylarthrites rhumatoïdes, les arthralgies isolées ne s'accompagnant d'aucun signe physique, les spondylarthrites ankylosantes, et une quatrième catégorie dans laquelle il place toutes les manifestations ne pouvant entrer dans les trois premières et qu'il nomme "arthrites aiguës toxiques". Cette classification a le mérite d'être simple et claire. Mais d'une part on ne peut considérer la polyarthrite rhumatoïde comme un rhumatisme d'origine intestinale exclusive, d'autre part les arthrites aiguës toxiques ainsi dénommées par FERNANDEZ-HERLIHY et les arthralgies, bien que cliniquement différentes, ont la même signification et les mêmes modalités évolutives, et peuvent donc être étudiées globalement. Enfin les spondylarthrites seraient pour cet auteur plus souvent des sacro-iléites bilatérales sans atteinte vertébrale que de vraies spondylarthrites ankylosantes.

Initialement, les manifestations articulaires de la recto-colite ulcéro-hémorragique ont été souvent sous-estimées. RACHET et BUSSON (39) en apprécient la fréquence à 2,5 %, LIEVRE (27) en 1953 et CATTAN (38) en 1959 en signalent la rareté. Puis les auteurs anglo-saxons apportent la démonstration d'une fréquence plus grande (Mc EWEN, FERNANDEZ-HERLIHY, WATKINSON) ils élèvent cette fréquence entre 6 et 20 %.

En 1956, DESCAYRAC (13) dans sa thèse inspirée par le professeur Charles DEBRAY collige environ 5.000 cas de recto-colite publiés dans la littérature médicale en une dizaine d'années, il évalue à 6 % environ la fréquence des complications articulaires. Les travaux les plus récents de COSTE (9) et de SEZE (34) apprécient la fréquence des manifestations articulaires entre 5 % et 10 %.

Nous distinguerons comme ils l'ont fait dans leurs récentes publications à la Société Médicale des Hôpitaux de PARIS, les atteintes articulaires des membres (arthrites et arthralgies) et les rhumatismes axiaux, (que COSTE définit ainsi : atteintes rhumatismales touchant les articulations vertébrales et du bassin, et respectant les membres).

A) LES ATTEINTES ARTICULAIRES DES MEMBRES

Nous allons étudier successivement les circonstances de survenue, l'arthrite avec ses manifestations cliniques, radiologiques et biologiques, les différentes localisations, l'évolution et l'influence des thérapeutiques appliquées, tels que nous avons pu les observer dans SIX cas tels qu'elles ont été décrites dans la littérature.

I) Cinq des SIX malades que nous avons observé ont présenté des atteinte des articulations des membres.

a) Circonstances de survenue par rapport au syndrome digestif.

Parmi nos cinq cas nous avons trois femmes et deux hommes. Les atteintes articulaires débutèrent à l'âge moyen de 37 ans, les extrêmes étant de 28 et 56 ans. Dans deux cas les manifestations intestinales précédèrent les arthrites : dans notre première observation elles apparurent au cours de la seconde crise intestinale qui survient 7 ans après la première; dans notre quatrième observation c'est après 11 ans d'évolution de la maladie intestinale que se déclenchent, au début d'une crise, les atteintes articulaires. Dans un cas les arthrites et la diarrhée débutèrent simultanément. Dans nos deux autres observations les manifestations articulaires précédèrent les signes intestinaux : dans l'observation 5 la diarrhée apparut 10 jours environ après le début des atteintes articulaires; dans l'observation 6 le syndrome dysentérique ne débuta qu'un an après les premiers signes rhumatologiques. On remarque que ces deux derniers malades sont des hommes.

Dans toutes nos observations, on est en présence d'une recto-colite ulcéro-hémorragique évoluant par poussées successives. Quatre sur cinq évoluent depuis au moins quatre ans, et l'une d'elle depuis 17 ans. Celle-ci présente d'ailleurs des accès aigus particulièrement violents s'accompagnant d'une atteinte de l'état général parfois inquiétante.

Des signes radiologiques intestinaux sont le plus souvent étendus : dans un seul cas ils sont restés limités au sigmoïde. Dans deux cas le colon gauche fut touché dans son ensemble. Dans un cas, les lésions atteignent le transverse. Dans le dernier cas le colon fut touché dans son ensemble. On n'observa jamais d'atteinte du grêle.

Les complications locales furent rares : une de nos malades présenta une ulcération anale très profonde et très douloureuse. Sur le lavement baryté de deux malades nous avons observé des images évoquant des formations polypoïdes.

Signalons que parmi ces cinq malades trois ont présenté des complications cutanées : deux érythèmes noueux et une éruption d'aspect purpurique.

b) L'aspect clinique

Chez nos cinq malades les arthralgies isolées, ne s'accompagnant d'aucun signe physique, furent toujours associées à des arthrites inflammatoires siégeant au niveau d'une autre jointure. Le mode de début des crises articulaires ne fut pas toujours noté avec précision, mais il semble qu'il fut le plus souvent aigu. Les arthrites ont toujours présenté un aspect clinique comparable : l'augmentation de volume de l'articulation est constante ainsi que la douleur. La rougeur et l'augmentation de la chaleur locale sont fréquemment observées. L'impotence fonctionnelle est souvent marquée, elle fut même absolue dans l'observation 5 où l'atteinte des genoux entravait totalement la marche.

Ces arthrites sont en général fugaces; nous n'en avons observé qu'une seule (observation 6) ayant duré plus de deux mois. Au cours d'une même crise articulaire nous avons noté des atteintes migratrices chez trois de nos malades. Nous n'avons jamais constaté d'adénopathie satellite ni de lymphangite. Dans deux cas nous avons noté une hydarthrose du genou, bilatérale dans un cas. Elle ne fut pas ponctionnée.

Les radiographies osseuses ont été normales dans tous les cas sauf dans l'observation 6. Les clichés de ces chevilles montrèrent un aspect flou de la trame osseuse, quelques irrégularités du bord interne de la surface articulaire astragalienne, de nombreux îlots de condensation sur l'extrémité inférieure du tibia.

La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée lors des poussées articulaires : dans les observations 1, 3 et 5 on trouve des chiffres variant entre 80 et 115 mm à la première heure. Dans l'observation 6 l'accélération fut relativement plus modérée, de 20 à 45 mm à la première heure. La sédimentation globulaire ne fut pas étudiée au cours d'une poussée articulaire dans l'observation 4.

Dans un seul cas, les atteintes articulaires réalisèrent une polyarthrite inflammatoire touchant toutes les articulations des membres. Deux fois nous avons été en présence d'une arthrite isolée (tibio-tarsienne et métacarpo-phalangienne du pouce). Dans toutes les autres crises, nous avons observé un petit nombre d'articulations atteintes simultanément.

Les articulations le plus souvent touchées sont les chevilles qui sont chez nos cinq malades lésées à un moment ou un autre de l'évolution. Les genoux furent atteints chez quatre malades. Toutes les autres articulations furent touchées avec une fréquence moindre.

Trois fois des récidives articulaires sont survenues. Dans les deux autres cas une seule poussée articulaire eut lieu.

c) Evolution et rapports avec la maladie intestinale.

Comme nous l'avons déjà signalé les arthrites inflammatoires surviennent par crises de courte durée, quelques semaines environ.

Dans quatre cas sur cinq les crises articulaires évoluèrent parallèlement aux signes digestifs. Elles débutent le plus souvent au cours d'une poussée digestive, mais parfois avant elle (observation 5); elles disparaissent en même temps que le syndrome dysentérique. Ce parallélisme fut observé dans les observations 1 et 4 où les arthrites ne récidivèrent pas, et à chaque poussée articulaire dans les observations 3 et 5. Dans les observations 1, 3 et 4 un traitement constitué principalement par de la prednisone associée (1 et 3) ou non (4) à des antibiotiques fit régresser simultanément les signes digestifs et articulaires. Dans la cinquième observation, lors de la première crise un traitement antalgique banal suffit à faire disparaître les arthrites, mais lors de la seconde crise seul un traitement à visée digestive (Salazopyrine et Isoniazide) les fait régresser en même temps qu'il améliore la diarrhée.

Dans l'observation 6 on ne trouve aucun parallélisme entre les signes digestifs et articulaires. L'atteinte est d'abord articulaire en 1960, puis l'année suivante on observe des signes digestifs et rhumatismaux. En 1962 récidive articulaire sans troubles intestinaux. En 1963, la diarrhée réapparaît mais les articulations ne sont pas touchées. En 1964 on observe deux crises successives articulaire puis digestive. Notons que la Phénylbutazone fut la médication la plus active sur le plan rhumatologique.

Nous n'avons pas mentionné dans ces atteintes articulaires des membres le cas n° 2 qui était atteint d'une coxarthrose bilatérale avant le début de sa colite : il nous semble que cette coxarthrose ne peut entrer dans le cadre des rhumatismes de la recto-colite tels qu'ils ont été définis.

II) Les observations colligées dans la littérature.

Les arthrites des membres sont, pour la plupart des auteurs, les manifestations articulaires de la recto-colite ulcéro-hémorragique les plus fréquentes. RAGAN pense que la moitié des complications rhumatismales sont de simples arthralgies; FERNANDEZ-HERLIHY (16) estime que l'on rencontre des arthrites des membres dans 6 % des recto-colites, JANKELSON en relève 15 cas sur 145 recto-colites, KIRSNER en a 8 % dans sa statistique. Pour de SEZE et RICKEWAERT (33) les manifestations articulaires des membres se retrouvent dans 8 à 15 % des recto-colites, COSTE (9) les estime à environ 10 %.

a) Circonstances de survenue.

FERNANDEZ-HERLIHY (16) pense que les atteintes articulaires peuvent survenir aussi bien chez les sujets jeunes que chez les malades âgés. Par contre, COSTE et BONToux (9) ont observé qu'elles survenaient de préférence chez les malades les plus jeunes, ce que confirme la lecture des observations rapportées par DEMOLE (12) FRIEDMANN (17), HILLEMANN (20), JACOBS (23) et ROBERT (30) dans lesquelles on ne trouve qu'un seul malade âgé de plus de trente ans.

Le sexe féminin semble légèrement prédominer : FERNANDEZ-HERLIHY (16) a 22 femmes sur 33 malades, COSTE et BONToux (9) confirment ce fait dans leur récente publication.

Il semble que tous les auteurs soient d'accord pour affirmer que le plus souvent les signes digestifs précèdent les arthrites qui n'apparaissent qu'à la seconde ou à la troisième poussée de la maladie intestinale, mais ils admettent également que parfois les atteintes articulaires peuvent survenir en même temps, ou même précéder la diarrhée. Dans les 95 recto-colites avec manifestations articulaires de FERNANDEZ-HERLIHY (16), 49 fois les signes digestifs furent les premiers en date, 14 fois le début fut marqué par l'atteinte articulaire, 32 fois les deux syndromes débutèrent simultanément.

La plupart des recto-colites avec manifestations articulaires ont une évolution ancienne à poussées successives. Pour COSTE et BONToux (9) 50 % des crises articulaires surviendraient après 10 ans d'évolution de la maladie intestinale. Pour DESCAYRAC (13) les complications rhumatismales surviennent surtout dans les recto-colites légères ou moyennes. Par contre HILLEMAND (19) pense qu'il n'y a aucun rapport entre la gravité de la maladie intestinale et la survenue des arthrites.

L'extension des signes radiologiques de la recto-colite ulcéro-hémorragique est reconnue par presque tous les auteurs comme un facteur favorisant l'apparition des manifestations articulaires. WRIGHT (36) trouve 22 % de complications articulaires lorsque le colon est touché dans son ensemble, alors qu'il n'y a que 4 % de complications dans les formes restant localisées au rectum.

b) L'aspect clinique.

Les manifestations articulaires surviennent le plus souvent par crises séparées par des intervalles libres. Le début des crises est indifféremment brusque ou insidieux.

Pour certains auteurs les arthralgies isolées sont les manifestations les plus fréquentes (FERNANDEZ-HERLIHY et RAGAN). Pour d'autres les signes objectifs de l'inflammation sont observés dans la plupart des cas (WRIGHT et WATKINSON).

Les arthrites présentent tous les signes de l'inflammation : douleurs, augmentation de volume de l'articulation, rougeur, augmentation de la chaleur locale, ces deux derniers signes pouvant parfois manquer. Aucun auteur, à notre connaissance, n'a signalé de lymphangite ou d'adénopathie satellite. L'impotence fonctionnelle est le plus souvent marquée.

Il est fréquent qu'une crise débute par l'atteinte d'une seule articulation, un petit nombre étant touché secondairement pour réaliser en quelques jours un tableau de polyarthrite. En effet les monoarthrites et surtout l'atteinte simultanée d'un grand nombre d'articulations sont rares. Au cours d'une même crise les atteintes peuvent être migratrices, touchant d'abord certaines jointures, puis d'autres quelques jours ou semaines plus tard. Chez un même malade les manifestations articulaires sont fréquemment récidivantes mais le nombre des crises articulaires chez un même malade serait faible, Mc EWEN donne les moyennes suivantes : une crise au cours de la première année, 2 crises en 5 ans, 2 à 3 crises en 10 à 15 ans d'évolution.

Les grosses articulations sont le plus fréquemment atteintes, et particulièrement celles des membres inférieurs. L'ordre de fréquence varie selon les auteurs : BENSAUDE, HILLEMAND, DESCAYRAC et FERNANDEZ-HERLIHY pensent que les genoux sont le plus souvent atteints; JANKELSON considère que se sont les chevilles, BYWATERS et ANSELL (6) adoptent l'ordre suivant par fréquence décroissante : genoux, tibio-tarsiennes, coudes, interphalangiennes proximales, poignets, métacarpo et métatarso-phalangiennes, épaules et hanches dont l'atteinte paraît très rare.

Les genoux présentent un intérêt particulier, d'une part parce qu'ils sont le siège de l'atteinte la plus fréquente, et d'autre part parce qu'on y constate souvent une hydarthrose. DESCAYRAC (13) dans sa thèse a décrit ce liquide articulaire comme étant " inflammatoire, riche en leucocytes, en albumine, en polynucléaires et en lymphocytes". Depuis plusieurs auteurs ont constaté un liquide puriforme, FRIEDMANN (17) et JANKELSON chacun dans un cas, et surtout BYWATERS (6) dans 7 cas. S'agit-il dans les deux cas du même liquide, qui serait d'abord inflammatoire et subirait une transformation secondaire, ou bien de deux types d'hydarthrose différents ? A notre connaissance aucun auteur n'a répondu à cette question. Mais lorsque le liquide est puriforme il reste toujours aseptique, jamais aucun germe n'a pu y être mis en évidence ou cultivé.

Les radiographies articulaires sont toujours normales en dehors d'une légère ostéoporose parfois signalée. La sédimentation globulaire est toujours très accélérée, au début des poussées articulaires des chiffres de 80 mm à la première heure sont fréquemment notés. Le retour à la normale se fait en même temps que régressent et disparaissent les arthrites si la poussée intestinale régresse simultanément.

Au total, les atteintes articulaires des membres au cours de la recto-colite hémorragique réalisent en général une polyarthrite inflammatoire touchant un petit nombre d'articulations, asymétrique, souvent mobile, cliniquement plus proche de la maladie de BOVILLAUD que de la polyarthrite rhumatoïde, et évoluant sans laisser de séquelle ankylosante.

c) Evolution et Rapports avec la maladie intestinale.

Les crises articulaires sont le plus souvent de courte durée, elles n'excèdent pas en règle 6 semaines, atteignent rarement quelques mois. Dans la publication de FERNANDEZ-HERLIHY (16) aucune crise articulaire n'atteint la durée d'un an. On observe une rémission complète des signes entre chaque poussée.

Les rapports chronologiques entre les signes intestinaux et articulaires sont admis par tous les auteurs. Les manifestations rhumatismales apparaissent le plus souvent au cours d'une poussée de recto-colite, rarement en même temps ou avant elle; elles disparaissent en même temps que la diarrhée. Cette concordance chronologique a été observée 43 fois sur 49 par FERNANDEZ-HERLIHY 14 fois sur 17 par WRIGHT (36), dans 60 % des cas par Mc.EWEN.

Les différentes thérapeutiques efficaces dans la recto-colite agissent également contre les signes articulaires. Ainsi l'on observe souvent une influence parallèle de la corticothérapie sur les signes articulaires et digestifs. Les traitements antibiotiques et sulfamidés actifs contre le syndrome dysentérique amènent parallèlement une régression des arthrites. L'A.C.T.H. essayée dans quelques cas a une action assez inégale; ainsi, dans l'une des deux observations de JACOBS (23) on a constaté un succès spectaculaire, et dans l'autre cas une nette amélioration mais une rechute à l'arrêt du traitement.

En fait l'effet thérapeutique le plus démonstratif est la disparition des signes articulaires après la colectomie. Ceci a été observé par la plupart des auteurs américains : FERNANDEZ-HERLIHY n'a constaté qu'une seule récurrence articulaire chez 39 malades colectomisés. Si bien que pour beaucoup de ces auteurs, la seule présence de manifestations rhumatologiques est un argument supplémentaire en faveur de la colectomie.

L'évolution à long terme des complications rhumatismales se fait le plus souvent vers la guérison sans séquelles, certains signalent cependant la possibilité d'une maladie rhumatismale continuant à évoluer pour son propre compte après la guérison définitive de la recto-colite. L'ankylose (DEMOLE) ou la polyarthrite rhumatoïde (BLOCH-MICHEL et HILLEMAND) restent une possibilité évolutive rare.

Enfin il est intéressant de signaler les effets de la grossesse sur la recto-colite et ses complications articulaires. HILLEMAND (20) a rapporté en 1960 l'observation d'une jeune femme présentant une recto-colite durant depuis 5 ans avec manifestations articulaires survenues après un an d'évolution de la maladie intestinale; après la dernière crise digestive les arthralgies persistèrent, elles cessèrent en même temps qu'une grossesse fut amenée à terme. En fait, il semble que les effets de la grossesse sur la recto-colite soient assez variables : pour KALLER et Mc DOUGALL ils seraient favorables, pour d'autres la grossesse aggrave les lésions intestinales, pour d'autres enfin, elle ne modifie en rien l'évolution de la maladie.

B) LES RHUMATISMES AXIAUX.

I) Un seul de nos malades a présenté une atteinte articulaire de ce type. (cas n° 6).

Il s'agit d'un homme jeune chez qui les signes articulaires ont précédé les signes digestifs. Des arthrites des membres précédèrent elles-mêmes l'atteinte des articulations sacro-iliaques. Les premières douleurs lombaires apparurent en même temps que le syndrome dysentérique.

Les deux premières poussées intestinales s'accompagnent de douleurs lombaires et d'arthrites des membres en particulier au niveau des chevilles qui évoluent parallèlement aux signes digestifs. Puis on note deux crises digestives sans manifestation articulaire. Entre ces deux crises les arthralgies réapparaissent au niveau de la cheville droite et de la colonne dorsale. Les crises digestives furent traitées par l'association de Salazopyrine et de Bismuth. C'est la Phénylbutazone qui améliora l'état articulaire.

La recto-colite était d'intensité moyenne. Les lésions radiologiques s'étendaient sur tout le colon gauche et comportaient un assez grand nombre de pseudo-polypes inflammatoires.

Deux séries de clichés du bassin et de la colonne dorso-lombaire pratiquées à un an et demi d'intervalle montrèrent les mêmes lésions : un élargissement flou et un aspect irrégulier des articulations sacro-iliaques, sur la colonne il n'y a pas de syndesmophyte mais seulement une anomalie de l'arc postérieur de D II-D 12. Nous sommes donc en présence d'une arthrite bilatérale des articulations sacro-iliaques sans lésion vertébrale importante.

Ce malade n'ayant pas été revu nous ne connaissons malheureusement pas l'évolution ultérieure de sa recto-colite et de ses atteintes articulaires.

II) Les observations recueillies dans la littérature.

La spondylarthrite ankylosante et les arthrites sacro-iliaques semblent être, pour la plupart des auteurs, moins fréquentes que les atteintes articulaires des membres, WRIGHT (36) et BYWATERS (6) soutiennent cette thèse, COSTE et BONToux (9) ne relèvent que quatre cas de rhumatismes axiaux contre 14 atteintes périphériques, de SEZE (34) présente quatre observations d'atteintes articulaires des membres dont deux sont associées à une sacro-iléite. Pour FERNANDEZ-HERLIHY (16), la fréquence d'atteinte des sacro-iliaques est de 5 %. ROTSTEIN considère que les rhumatismes axiaux représentent les seules manifestations articulaires de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

a) Circonstances de survenue.

Comme pour les arthrites périphériques, la spondylarthrite ankylosante survient le plus souvent après un certain temps d'évolution de la recto-colite, mais également dans certains cas, on assiste à un début simultané des deux syndromes et même à une précession des signes articulaires qui pour Mc EWEN et FERNANDEZ-HERLIHY serait plus fréquente qu'avec les arthrites des membres.

Une prédominance masculine assez nette est notée dans toutes les publications : 5 hommes sur 6 pour STEINBERG (35), 20 sur 28 pour FERNANDEZ-HERLIHY (16). Cependant alors que la spondylarthrite ankylosante isolée est rare chez la femme on peut noter un pourcentage beaucoup plus important de cas féminins de spondylarthrite associée à une recto-colite : 29 % pour FERNANDEZ-HERLIHY et 22 % pour ROTSTEIN.

L'apparition d'une spondylarthrite semble sans rapport avec l'extention des lésions intestinales. Cependant, dans les cinq observations de STEINBERG (35) il existe des lésions étendues. La recto-colite a presque toujours une évolution anciennes à poussées successives. La fréquence des complications locales intestinales ne semble pas plus grande dans les recto-colites avec pelvi-spondylite rhumatismale que dans les recto-colites sans manifestations articulaires.

b) Aspect clinique.

A ce sujet, les avis diffèrent selon les auteurs. Certains comme ZVAIFLER (37) et STEINBERG (35) pensent que rien ne peut distinguer la spondylarthrite ankylosante survenant au cours de la recto-colite et la spondylarthrite sans colite. D'autres pensent qu'il s'agit dans le plus grand nombre des cas d'une arthrite sacro-iliaque bilatérale sans atteinte vertébrale (ROTSTEIN).

De toute façon, l'affection rhumatismale débute progressivement par des douleurs dorso-lombaires qui s'accroissent. Puis après quelques mois d'évolution apparaît une raideur du rachis. C'est l'examen radiologique qui permet le diagnostic différentiel entre la spondylarthrite ankylosante et la sacro-iléite. Dans le premier cas il existe une opacification floue des articulations sacro-iliaques et une calcification des ligaments vertébraux. Dans le second cas il n'y a pas de syndesmophyte. Dans les 5 observations de STEINBERG (35) la syndesmophytose est évidente, de même que dans l'observation publiée récemment par ARON (1); par contre FERNANDEZ-HERLIHY (16) ne la retrouve que dans un tiers de ses observations.

Devant l'intérêt d'un diagnostic précoce de spondylarthrite ankylosante et devant l'importance des signes radiologiques au début de l'affection, plusieurs auteurs (ZVAIFLER (37) et SERRE (32) en particulier) proposent un examen radiologique du bassin et de la colonne vertébrale systématique chez tous les malades présentant une recto-colite hémorragique, et surtout lorsque celle-ci se complique d'atteintes articulaires périphériques. Pour appuyer cette proposition ZVAIFLER signale que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est souvent évoqué sur certains clichés du lavement baryté, et SERRE cite deux observations où les atteintes ostéo-articulaires étaient uniquement radiologiques, sans manifestations cliniques.

L'association de la spondylarthrite ankylosante et de la recto-colite hémorragique ne semble pas spécifique; en effet on retrouve cette affection rhumatismale dans plusieurs maladies intestinales, en particulier dans l'iléite terminale de CROHN, dans le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER qui complique la dysentérie amibienne, et plus accessoirement dans la Brucellose et dans la fièvre typhoïde.

c) Evolution et rapport avec la recto-colite.

Contrairement à ce que l'on observe dans les atteintes périphériques, l'évolution de la spondylarthrite est le plus souvent indépendante de celle de la maladie intestinale. La spondylarthrite évolue cependant par crises, mais celles-ci sont sans rapport avec les poussées de la recto-colite. Entre les crises la rémission des douleurs peut parfois être totale. Cet asynchronisme est confirmé par les observations de STEINBERG(35) et surtout par celles de FERNANDEZ-HERLIHY (16) qui n'a observé une évolution simultanée des deux syndromes que dans quatre cas sur 28, il en est de même dans l'observation publiée par ARON (1). La publication de SERRE (32) fait exception à cette règle puisque parmi ses 4 observations il a constaté 3 fois une évolution parallèle des deux syndromes.

Les traitements actifs sur le syndrome dysentérique sont le plus souvent sans action sur la spondylarthrite. La corticothérapie, souvent prescrite comme traitement de la recto-colite elle-même, peut parfois agir sur la spondylarthrite, mais en fait elle est le plus souvent sans action. La phénylbutazone est en général active contre l'atteinte vertébrale, malheureusement son emploi est limité par le risque d'hémorragies rectales. La radiothérapie pénétrante utilisée par STEINBERG a amené une amélioration dans 3 cas, mais elle dut être interrompue dans l'un de ces cas à cause d'une reprise de la diarrhée, dans un quatrième cas elle fut sans effet.

Après colectomie les lésions vertébrales continuent à évoluer. Ceci fut observé dans la plupart des cas où l'intervention chirurgicale fut pratiquée. FERNANDEZ-HERLIHY (16) pour sa part l'a constaté 12 fois sur 15 malades opérés.

Dans les cas où une guérison prolongée de la recto-colite est observée on peut voir la spondylarthrite continuer à évoluer pour son propre compte et devenir de plus en plus invalidante.

La spondylarthrite ankylosante semble donc évoluer indépendamment de la recto-colite, les traitements actifs contre la maladie intestinale et en particulier la colectomie sont sans action sur les manifestations vertébrales.

On peut, malgré la constatation de ces faits, rattacher la spondylarthrite à la maladie intestinale. Il semble en effet qu'étant donné la fréquence relative de cette association il y ait plus qu'une coïncidence. La fréquence de la spondylarthrite au cours de la recto-colite est de 5 % pour FERNANDEZ-HERLIHY (16), 6 % pour ZVAIFLER (37), 3 % pour ROTSTEIN. Inversement, ROMANUS trouve 3 cas de recto-colite dans une série de 117 spondylarthrites ankylosantes, STEINBERG (35) relève 5 cas de recto-colite pour 339 spondylarthrites, BYWATERS en signale 5 pour 222 atteintes vertébrales (6). Les quatre observations publiées par SERRE (32) sont tirées d'une série de 103 spondylarthrites. Si l'on considère qu'un sujet sur 2.000 présente une spondylarthrite ankylosante, on voit que la fréquence avec laquelle on rencontre cette affection au cours de la recto-colite est de beaucoup supérieure, et l'on peut conclure qu'il y a dans cette association plus qu'une coïncidence. Si cela est admis, il n'en reste pas moins que des syndromes de spondylarthrite ankylosante surviennent au cours d'autres maladies intestinales. On pourrait alors évoquer la possibilité d'une réaction ostéo-articulaire vertébrale analogue au cours de désordres intestinaux d'étiologie variée.

C) ASSOCIATION DES ARTHRITES PERIPHERIQUES ET DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE.

Pour compléter ce tableau clinique, signalons la présence d'arthrites des membres associées à une spondylarthrite ankylosante. Nous avons observé cette association dans notre observation 6. Ce fait ne semble pas exceptionnel puisqu'on le retrouve dans un grand nombre d'observations publiées dans la littérature : dans celle rapportée récemment par ARON (1), dans 9 cas sur 28 pour FERNANDEZ-HERLIHY (16), dans 3 cas sur 4 pour SERRE (32) et dans 2 des 5 observations de STEINBERG (35).

Dans toutes ces observations les atteintes périphériques ont exactement les mêmes caractères que lorsqu'elles surviennent isolément, sauf peut-être du point de vue évolutif où le rapport chronologique serait moins fréquent. Nous avons chez notre malade observé une arthrite inflammatoire des chevilles, récidivante, évoluant indépendamment de la colite.

D) CONCLUSION

Il nous semble donc que l'on peut distinguer deux groupes de manifestations articulaires au cours de la recto-colite hémorragique :

Les arthrites périphériques qui nous paraissent les plus caractéristiques et les plus étroitement liées à la maladie intestinale. Il s'agit d'arthrites inflammatoires, touchant un petit nombre d'articulations à la fois et plus particulièrement les grosses articulations des membres inférieurs (genou, cheville), sans traduction radiologique, évoluant par crises de quelques semaines, en général simultanément aux poussées de recto-colites, volontiers récidivantes lors des poussées intestinales ultérieures. Elles sont améliorées par les thérapeutiques intestinales et disparaissent après colectomie; elles ne laissent pas de séquelles ankylosantes.

En ce qui concerne les rhumatismes axiaux, spondylarthrite ankylosante ou sacro-iléite bilatérale, on ne retrouve le plus souvent pas de concordance chronologique avec la maladie intestinale. Ils évoluent pour leur propre compte vers l'aggravation et ne sont pas influencés par la colectomie. Ces manifestations semblent cependant beaucoup plus fréquente au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique que dans les échantillons de population pris pour témoins.

L'association de ces deux ordres de manifestations articulaires n'est pas rare. Dans cette association les arthrites périphériques gardent les mêmes caractères cliniques, topographiques et radiologiques que lorsqu'elles sont isolées, mais elles présentent plus souvent une évolution indépendante de celle de la recto-colite.

Enfin signalons la rareté de la polyarthrite rhumatoïde au cours de la recto-colite. La plupart des auteurs considèrent cette association comme une coïncidence. A notre connaissance FERNANDEZ-HERLIHY (16) est le seul à faire entrer la polyarthrite rhumatoïde dans le cadre des manifestations articulaires de la recto-colite. Il en rapporte 18 cas, soit une fréquence de 3,2 % parmi lesquels 8 fois une corrélation évolutive avec la maladie intestinale est retrouvée, dans un seul cas sur 11 malades opérés, la colectomie fit disparaître les signes articulaires. L'auteur ne précise pas si dans ce cas il a observé une négativation des réactions biologiques.

CHAPITRE II : LES SIGNES CUTANES

A) QUATRE DE NOS SIX MALADES ONT PRESENTE DES MANIFESTATIONS CUTANEEES.

I) Circonstances de survenue et rapports avec la recto-colite.

Nos quatre malades sont du sexe féminin. L'âge moyen des manifestations cutanées est de 40 ans avec des extrêmes de 29 ans et de 57 ans.

Dans tous les cas les signes intestinaux précédèrent l'atteinte cutanée. Dans un cas (observation n° 2) l'érythème noueux apparut lors de la première crise de recto-colite, mais après deux mois d'évolution de celle-ci. Dans un autre cas (observation 3) l'éruption apparut lors de la seconde crise, en même temps que la diarrhée, cette seconde crise survint un an après le début de la maladie. Dans l'observation 1 c'est après 7 ans d'évolution de la maladie intestinale, au cours de la seconde poussée que survient l'atteinte cutanée. Dans notre dernier cas (observation 4) l'éruption survient après 11 ans d'évolution de la recto-colite et après de nombreuses crises.

Dans nos quatre observations nous sommes en présence d'une recto-colite ulcéro-hémorragique à évolution chronique. Cependant l'une de nos malade (observation 4) présentait une atteinte intestinale plus sévère que les autres, avec des crises nombreuses où le pronostic vital était mis en jeu.

Dans nos quatre cas les signes radiologiques intestinaux étaient étendus touchant l'ensemble du cadre colique dans un cas, s'étendant du rectum à l'angle droit dans deux autres cas, dans le dernier cas seul le colon gauche était touché.

Trois de nos malades ont présenté à un moment ou à un autre de l'évolution de leur recto-colite des manifestations articulaires périphériques.

Les rapports chronologiques et évolutifs avec la recto-colite furent dans tous les cas remarquables. L'éruption débutant toujours en même temps ou au cours d'une poussée intestinale, et disparaissant avec elle, ou souvent même avant elle dès l'amélioration de la diarrhée par le traitement. En dehors des crises intestinales aucun signe cutané ne fut observé.

Lors de trois crises associant manifestations intestinales et cutanées une thérapeutique comportant des antibiotiques et de la prednisone amena une guérison clinique complète en 15 jours environ. On pourrait alors penser que le rôle de la prednisone dans la régression de l'érythème noueux est capital. Mais lors de deux autres crises l'éruption cutanée disparut en même temps que les signes intestinaux, en 15 jours environ également, avec un traitement associant chloroquine et salazopyrine pour l'une d'elle, salazopyrine et isoniazide pour l'autre.

L'évolution simultanée des syndromes cutané et digestif, les deux cas de disparition des signes dermatologiques sous l'effet d'une thérapeutique uniquement intestinale que nous avons observé, semblent bien indiquer qu'il existe un rapport entre les manifestations cutanées et la recto-colite ulcéro-hémorragique elle-même.

2) Les syndromes cutanés.

Nous avons observé deux types de manifestations cutanées différents : 3 de nos malades ont présenté un érythème noueux typique; dans le quatrième cas il s'agissait d'une éruption cutanée d'aspect purpurique. L'érythème noueux observé dans nos 3 cas avait les mêmes caractères cliniques et le même siège. Il s'agissait de nouures arrondies ou ovalaires, à limites imprécises, de 2 à 4 centimètres de diamètre, de coloration rouge violacée, enchâssées dans le derme et l'hypoderme, mobiles sur les plans profonds, fermes, légèrement dépressibles en leur centre mais ne fluctuant pas, peu douloureuses. La peau qui les recouvre est chaude, lisse, luisante, tendue. L'éruption siège d'abord au niveau des genoux, puis s'étend à l'ensemble des membres inférieurs, de façon bilatérale mais asymétrique, en deux ou trois poussées faisant coexister des éléments d'âge différent. En deux ou trois semaines l'éruption disparaît en passant par toutes les teintes de la biligénie locale. Nous n'avons pas constaté l'ulcération ou la suppuration d'un nodule.

Dans notre quatrième observation l'éruption a un aspect purpurique. Elle siège sur les jambes et les bras, elle est faite d'éléments papuleux confluents en placards irréguliers, peu nombreux, légèrement prurigineux, congestifs, non enchâssés dans le derme et l'hypoderme, présentant une légère desquamation.

Dans aucun cas nous n'avons observé d'adénopathie satellite, ni de lymphangite.

Dans deux observations, l'érythème noueux n'a été constaté qu'une seule fois au cours de l'évolution de la recto-colite. Dans la troisième observation deux récides sont survenues. Dans l'observation 4 de nombreuses crises intestinales se sont accompagnées d'une éruption cutanée érythémateuse ou purpurique.

Chaque fois que nous avons observé une manifestation cutanée, son évolution fut toujours particulièrement brève, durant rarement plus de deux à trois semaines.

B) LES OBSERVATIONS COLLIGÉES DANS LA LITTÉRATURE.

La fréquence globale des manifestations cutanées de la recto-colite ulcéro-hémorragique est estimée de façon très variable, SAMITZ et GREENBERG l'estiment à 34 % dans une statistique englobant les manifestations cutanées les plus diverses (éruptions maculeuses, érythème polymorphe, pemphigus, dermatoses bulleuses, pyodermites, gangrènes.) à côté des érythèmes noueux typiques. KELLEY et LOGAN (24), dans leur statistique, ne retiennent que les érythèmes noueux et aboutissent à une fréquence de 2,5 % pour 1.458 cas de recto-colite, JANKELSON a 1,4 % d'érythèmes noueux dans sa statistique, JACOBS (23) étudie 13 cas de recto-colite avec érythème noueux mais n'indique pas la fréquence. Les dermatologues français ne semblent pas attacher une grande importance à la recto-colite dans leurs travaux sur les érythèmes noueux (DUPERRAT (14) et DEGOS (11) citent la recto-colite ulcéro-hémorragique parmi les causes rares des érythèmes noueux.)

1) Circonstances de survenue et rapports avec la recto-colite.

Il semble que les manifestations cutanées surviennent plus volontiers chez les malades du sexe féminin. FERNANDEZ-HERLIHY (16) n'a que 3 hommes sur 16 érythèmes noueux, FOSTER a également une majorité de cas féminins. Seul JACOBS (23) ne reconnaît pas cette prédominance féminine. A notre connaissance aucun auteur n'a observé un rapport précis entre la fréquence des érythèmes noueux et l'âge des malades.

L'érythème survient le plus souvent après les signes digestifs, mais les deux syndromes peuvent débiter simultanément dans certains cas, il semble que la

précession des signes cutanés soit rare. FERNANDEZ-HERLIHY (16) dans sa publication cite : 7 cas de début simultané des deux syndromes, 7 cas de précession des signes digestifs et deux cas seulement où les signes cutanés précéderent le syndrome dysentérique.

Dans la majorité des observations rapportées dans la littérature, la recto-colite a une évolution chronique à poussées successives et souvent ancienne.

CACHIN et ANTEBI (7) ont insisté sur la fréquence plus grande des érythèmes noueux au cours des formes segmentaires de recto-colite (sans lésion anatomique du rectum); l'observation qu'ils rapportent est de ce type. JACOBS (23) a également constaté ce fait, et sur ses 13 observations d'association de recto-colite et d'érythème noueux 8 seulement présentent une atteinte rectale, ce qui n'est pas en rapport avec la rareté relative des atteintes segmentaires par rapport aux formes touchant le rectum. Pour CACHIN (7) cette association serait presque toujours fébrile.

La simultanéité de la recto-colite et de l'éruption cutanée est presque toujours observée. L'éruption apparaît au cours d'une poussée intestinale ou avec la diarrhée, et disparaît en même temps qu'elle et souvent même avant le retour à la normale du transit intestinal dès les premiers jours du traitement. Ce parallélisme est observé par FERNANDEZ-HERLIHY (16) dans 14 cas sur 16; il est également signalé par CACHIN (7), ROBERT (30), LEBACQ (26) et KELLEY (24).

La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître que cet érythème noueux disparaît rapidement sous l'effet de la corticothérapie, mais ils constatent également la fréquence des rechutes à l'arrêt du traitement. Dans l'observation de CACHIN et ANTEBI (7) l'érythème noueux disparaît après 30 mg de Cortancyl pendant 10 jours, mais il réapparaît dès l'arrêt de cette thérapeutique, 15 mg par jour de Cortancyl suffirent à faire disparaître cette seconde éruption.

La colectomie a souvent un effet remarquable, et les récides de l'érythème noueux après l'intervention chirurgicale sont exceptionnelles. FERNANDEZ-HERLIHY n'en signale aucune chez ses 9 malades opérés.

CACHIN (7) propose de rechercher systématiquement une recto-colite ulcéro-hémorragique devant tout érythème noueux en apparence primitif, pour ne pas méconnaître une atteinte intestinale avec diarrhée peu intense.

Signalons enfin la fréquence de la triple association : recto-colite ulcéro-hémorragique, manifestations articulaires et cutanées, que nous étudierons plus loin.

2) Syndromes cutanés.

L'érythème noueux est de beaucoup la plus fréquente des manifestations cutanées rencontrées au cours de la recto-colite. Mais on peut également observer de nombreux autres types d'éruption qui peuvent être isolés ou associés à un érythème noueux, leur évolution et l'absence d'autre étiologie permet en général de les rattacher à la maladie intestinale.

L'aspect clinique de l'érythème noueux est identique à ceux que nous avons rencontré dans nos observations : il s'agit de nouures arrondies ou ovalaires, mal limitées, faisant saillies sous la peau, de 2 à 4 cm de diamètre, enchâssées dans le derme et l'hypoderme, au niveau de ces éléments la peau est chaude, tendue, lisse, luisante. Les nouures sont en général peu nombreuses, elles siègent aux membres inférieurs, de façon bilatérale mais asymétrique. Cet érythème noueux apparaît en 2 ou 3 poussées successives, ainsi on peut voir coexister des éléments d'âge différent. Parfois cependant l'érythème noueux peut-être atypique, par son aspect clinique (nodules demo-épidermiques s'accompagnant d'éléments bulleux et d'une plaque érysipéloïde dans l'observation de ROBERT), par sa localisation au tronc, à la face, ou au cou, par son évolution vers l'ulcération (ce fait étant exceptionnel).

D'autres éléments éruptifs : à côté des érythèmes noueux, les éruptions que nous pouvons rencontrer au cours de la recto-colite peuvent avoir les aspects cliniques les plus divers. Eruptions maculeuses décrites par HILLEMAND (20), érythème polymorphe constaté par KELLEY (24) dans deux observations sur six, pemphigus et dermatose bulleuse pour DEMOLE (12), pyodermites, pityriasis, gangrène peuvent encore se voir, de même qu'une éruption d'aspect purpurique comme nous l'avons observé dans l'un de nos cas. On ne pourra rattacher à la recto-colite l'une des éruptions précédentes qu'après avoir éliminer toute autre cause et en particulier microbienne ou médicamenteuse (sulfamides surtout).

KELLEY et LOGAN (24) signalent l'association possible d'adénopathies hilaires réalisant ainsi un syndrome de LOFGREN. Mais ils ne signalent pas le nombre de cas qu'ils ont pu observer.

ROBERT (30) dans l'observation qu'il publie en 1959 rapporte un fait curieux : un élément cutané nodulaire fut biopsié, l'examen histologique montra un revêtement épidermique normal; dans l'hypoderme on remarque la présence d'un nodule inflammatoire comportant de nombreux polynucléaires et des macrophages; il s'agit d'un aspect d'hypodermite avec zone suppurée réalisant de véritables micro-abcès. A la même époque P. CAYEUX isole dans la gorge de la malade un streptocoque du groupe D, variété hémolyticus, cette variété ne donnant pas d'élévation des antistreptolysines (leur taux était normal chez la malade). L'auteur signale des manifestations cutanées rencontrées au cours de certaines entéro-streptococcies des animaux présentant des bulles où jamais aucun germe ne fut isolé, comme ce fut le cas pour sa malade; et des nodules dont l'aspect histologique est tout à fait semblable à celui constaté dans son observation. Il conclut que ces manifestations cutanées ne sont pas le fait d'un essaimage microbien (jamais aucun germe n'est isolé), mais d'une réaction indirecte à l'infection. Le rapprochement entre cette recto-colite avec les manifestations cutanées et les atteintes dermatologiques de certaines entéro-streptococcies animales est intéressant, mais P. CAYEUX que nous avons interrogé à ce sujet considère qu'il s'agit là d'une coïncidence car il est fréquent de trouver un streptocoque de groupe D dans la gorge d'un sujet, ce germe ne fut pas retrouvé à la coproculture, et d'autre part les entéro-streptococcies des animaux représentent un vaste groupe d'affections dont plusieurs germes peuvent être responsables. Il ne nous semble donc pas que l'on puisse étendre à l'ensemble des recto-colites avec manifestations cutanées les constatations faites par ROBERT (30) à propos d'un cas.

c) CONCLUSION

Les signes dermatologiques observés au cours de la recto-colite hémorragique sont le plus souvent des érythèmes noueux typiques siégeant aux membres inférieurs et évoluant parallèlement aux poussées intestinales de la maladie. Les éruptions ne durent que rarement plus de 2 à 3 semaines, mais elles sont volontiers récidivantes chez un même malade, soit au cours de la même poussée intestinale, soit au cours des poussées ultérieures.

En dehors des érythèmes noueux on peut observer les éruptions cutanées les plus diverses. Elles peuvent être isolées ou associées à l'érythème noueux; de toute façon elles évoluent le plus souvent simultanément au syndrome digestif.

Elles sont également de courte durée et peuvent récidiver (comme dans notre observation 4).

La colectomie fait disparaître les signes cutanés. Les récurrences après l'intervention chirurgicale sont rares : CACHIN (7) signale que cette éventualité survient surtout dans les cas où les syndromes digestif et cutané ont une évolution asynchrone.

CHAPITRE III : ASSOCIATION DES SIGNES CUTANES ET ARTICULAIRES.

L'ensemble des auteurs est unanime à reconnaître la fréquence plus grande de l'érythème noueux au cours des recto-colites avec manifestations articulaires qu'au cours des recto-colite sans arthropathie. Rappelons que pour KELLEY et LOGAN (24) l'érythème noueux se rencontre dans 2,5 % des recto-colites; par contre, COSTE et BONTOUX (9), étudiant plusieurs publications américaines, réunissent 170 cas d'arthropathies au cours de recto-colite ulcéro-hémorragique parmi lesquels ils trouvent 47 érythèmes noueux, soit une fréquence d'environ 27 %.

Dans nos observations, sur 5 malades présentant des arthropathies, 2 ont présenté un érythème noueux, et chez un troisième nous avons observé des éruptions cutanées érythémateuses et purpuriques. Inversement, sur quatre cas de manifestations cutanées, nous avons observé des arthropathies dans 3 cas. Dans nos 3 observations où les manifestations articulaires et cutanées ont coexisté, nous avons noté des arthrites périphériques ayant les mêmes caractères que dans les cas où elles surviennent isolément, c'est à dire des arthrites inflammatoires, subaiguës, évoluant par crises de quelques semaines et régressant sans séquelle, touchant un petit nombre d'articulations à la fois, et surtout les grosses articulations des membres inférieurs. Au total, elles réalisent un tableau clinique, comparable à celui du Rhumatisme Articulaire Aigu, déjà décrit. Chez notre malade présentant une spondylarthrite ankylosante, nous n'avons pas observé de signes dermatologiques. Les érythèmes noueux observés ne se distinguaient en rien de celui constaté dans notre observation 2 où il n'y a pas eu de signes articulaires. Dans nos trois observations nous avons toujours constaté un parallélisme parfait entre les poussées intestinales et les manifestations articulaires et cutanées.

Les signes dermatologiques et articulaires peuvent survenir au cours de la même poussée intestinale comme nous l'avons constaté dans l'observation 1 et une fois dans l'observation 3; ou bien l'on peut voir les arthrites et les signes cutanés apparaître successivement au cours des différentes poussées de la recto-colite (observations 3 et 4).

Dans la plupart des observations d'érythème noueux au cours de la recto-colite hémorragique publiées dans la littérature, on retrouve des manifestations articulaires. Ceci dans les 16 cas de FERNANDEZ-HERLIHY (16) et dans les observations publiées par CACHIN (7) et par ROBERT (30). Les observations publiées par ces trois auteurs confirment ce que nous avons constaté chez nos malades : la prédominance féminine, 15 cas sur 18 (nos 3 malades sont du sexe féminin); dans tous les cas les manifestations articulaires sont périphériques et ont exactement les mêmes caractères que lorsqu'elles surviennent isolément. Une corrélation évolutive entre les poussées intestinales et les manifestations articulaires et cutanées fut observée dans 16 cas. Dans l'observation de ROBERT (30) les signes cutanés furent contemporains des atteintes articulaires et furent observés au cours des 3 poussées de la recto-colite. De même dans l'observation de CACHIN (7) l'érythème noueux et les arthropathies apparurent simultanément au cours d'une crise intestinale, récidivèrent au cours de la même crise après l'arrêt de la corticothérapie, mais ils ne réapparurent pas au cours des poussées ultérieures de la recto-colite. FERNANDEZ-HERLIHY ne précise pas si dans ses observations les signes cutanés et articulaires surviennent en même temps.

Dans nos observations et dans la plupart des cas publiés les manifestations cutanées sont associées à des atteintes articulaires périphériques, ce qui semblerait indiquer que l'association de signes dermatologiques et d'une spondylarthrite ankylosante soit rare. Ce fait est confirmé par COSTE et BOUTOUX (9) qui affirment que la fréquence des érythèmes noueux au cours des recto-colites avec spondylarthrite ankylosante serait la même que pour l'ensemble des recto-colites ulcéro-hémorragiques.

L'association d'arthropathies et d'une éruption cutanée est un phénomène fréquent en pathologie générale. En effet, en dehors de la recto-colite, cette association se rencontre au cours d'un grand nombre d'affections dont la sarcoïdose, le psoriasis, la maladie périodique, la périartérite noueuse, le lupus érythémateux. Ces différents exemples prouvent que l'association d'atteintes cutanées et articulaires au cours d'une même maladie est d'observation fréquente et semble constituer plus qu'une coïncidence. De plus on constate que les différentes maladies que nous venons de citer en exemple ont une étiologie aussi obscure que celle de la recto-colite. Cette association est admise par tous mais ne comporte pas d'explication satisfaisante.

CHAPITRE IV : ETUDE BIOLOGIQUE

Nous avons étudié au cours des premiers chapitres le parallélisme clinique et évolutif qui existe entre la maladie intestinale, les manifestations articulaires et les syndromes dermatologiques.

Divers facteurs peuvent être évoqués dans le déterminisme des manifestations articulaires et cutanées observées au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique : les lésions anatomiques provoquées par la maladie intestinale et ses complications, les déperditions métaboliques créées par le syndrome dysentérique, la surinfection intestinale pratiquement constante, l'allergie microbienne parfois retrouvée, les désordres immunologiques et les thérapeutiques prescrites. Nous allons étudier successivement les différentes explorations biologiques se rapportant à ces divers facteurs.

A) LES LESIONS ANATOMIQUES

Les lésions anatomiques sont différentes dans les trois syndromes cliniques. La muqueuse rectale présente macroscopiquement une fragilité anormale et des ulcérations; histologiquement, des troubles vasculaires (oedème et congestion) et une infiltration inflammatoire représentent les deux stigmates majeurs de l'affection.

Nous n'étudierons pas les lésions anatomiques de la spondylarthrite ankylosante car ses liens avec la recto-colite ne sont pas reconnus par tous les auteurs. Dans les arthropathies périphériques c'est la synoviale du genou qui est atteinte. Un de nos malade a subi une biopsie de la synoviale du genou qui a montré : des franges synoviales hyperplasiques, un tissu conjonctif oedémateux présentant un renforcement autours des sections vasculaires et occupé, surtout à la périphérie des vaisseaux, par des travées inflammatoires histio-lympho-plasmocytaire. Malgré l'absence de groupement nodulaire, cet aspect rappelle celui de la polyarthrite rhumatoïde. SHORT confirme ce fait en décrivant que les lésions de la synoviale au cours de la recto-colite étaient tout à fait semblables à celles observées au cours de la polyarthrite chronique évolutive. Pour BYWATERS (6) on est en présence d'une synovite inflammatoire avec vaso-dilatation, infiltration cellulaire faite de poly-

nucléaires, de lymphocytes et de plasmocytes et prolifération synoviale.

Dans les atteintes cutanées les lésions anatomiques sont de type inflammatoire, comparables à celles observées au cours de tous les érythèmes noueux, dans un cas nous avons observé un aspect de micro-abcès sans germes.

Nous sommes donc en présence de lésions non spécifiques et différentes, observées au cours d'une maladie d'origine inconnue au niveau de trois organes en tout point de vue différents. L'étude des lésions ne nous renseigne donc pas sur l'étiopathogénie des manifestations articulaires et cutanées de la recto-colite hémorragique.

B) LES DEPERDITIONS METABOLIQUES.

Le syndrome dysentérique entraîne d'importantes pertes en eau et en matières minérales et organiques, il s'ensuit des états carentiels avec atteintes de l'état général importantes réalisant un type particulier de malabsorption.

Les conséquences en sont multiples :

1) L'anémie

Dans nos observations l'anémie fut constante au cours des poussées intestinales. Elle fut de même souvent importante, inférieure à 3 millions d'hématies dans deux cas. Il nous a semblé que l'intensité de cette anémie était en rapport avec la gravité du syndrome intestinal et l'extension des lésions radiologiques. Mais il ne nous a pas été possible d'établir une relation entre le nombre des hématies et la survenue des atteintes cutanées et articulaires.

Dans une publication récente, BERNIER et BOUVRY (2) étudient les troubles biologiques présentés chez 80 sujets atteints de recto-colite ulcéro-hémorragique. Ils confirment la constance de l'anémie au cours des poussées intestinales et de son intensité plus grande dans les cas de recto-colite sévère. Ils évoquent plusieurs causes pouvant s'intriquer dans la détermination de cette anémie : hémorragies, déficits alimentaires, troubles de la motilité intestinale, malabsorption, infection chronique, achlorhydrie. Mais ils ne signalent aucun rapport entre cette anémie et les manifestations articulaires ou cutanées.

L'anémie ne semble donc pas jouer un grand rôle dans le déterminisme des atteintes rhumatologiques et dermatologiques au cours de la recto-colite. La notion de diminution de la résistance de l'individu qui pourrait favoriser la survenue de ces atteintes reste difficile à apprécier.

2) Les protides.

Une seule de nos malade a présenté une chute importante de la protidémie à 36,5 g/l; cette femme présentait alors une altération de l'état général très marquée avec une fièvre à 39° et une diarrhée abondante. Ce n'est qu'après deux mois d'hospitalisation et de traitement que l'on observa le retour à la normale de la protidémie totale. L'électrophorèse nous a montré : une chute constante de l'albuminémie variant entre 33 g/l et 11 g/l; un pourcentage des globulines Alpha I normal dans tous les cas; des Alpha 2 globulines constamment augmentées entre 12 % et 17 % selon les malades; un taux de Béta globulines normal; enfin une augmentation franche des gamma-globulines dans 3 cas. Dans aucun cas nous n'avons pratiqué d'immuno-électrophorèse.

Pour la majorité des auteurs la chute de la protidémie totale est en rapport avec l'intensité du syndrome dysentérique, l'importance de l'atteinte de l'état général et l'extension des signes radiologiques intestinaux. Pour certains cette chute serait importante : ainsi BERNIER et BOUVRY (2) dans 61 recto-colites diffuses trouvent une protidémie variant entre 43 et 83 g/l (moyenne 59 g/l), pour LENNARD-JONES la moyenne de 17 formes fulminantes est de 50 g/l. Par contre, d'autres considèrent que le plus souvent la chute de l'albuminémie serait compensée par l'augmentation de certaines globulines et l'on pourrait ainsi obtenir une protidémie totale normale; ainsi, PLANTIN chez 6 malades en poussée dysentérique trouve une protidémie variant entre 66 et 76 g/l. Dans tous les cas publiés les anomalies de l'électrophorèse sont comparables. L'hypo-albuminémie est constante et souvent importante; pour BERNIER et BOUVRY (2) la chute serait proportionnelle à la sévérité de la recto-colite. L'hyper-Alpha 2 globulinémie est également reconnue comme le trouble le plus constant. Le taux des gamma-globulines semble assez variable. BERNIER et BOUVRY (2) constatent des résultats allant de 2,2 à 30,1 g/l. Ils ont recherché chez leurs malades ayant des gamma-globulines élevées des antécédents allergiques extra-digestifs ou des phénomènes considérés comme d'origine auto-immunitaire (érythème noueux ou manifestations articulaires). Ils ont constaté ces faits chez 5 malades parmi les

21 cas de recto-colite avec hypergamma-globulinémie, alors que chez les 18 malades ayant des gamma-globulines normales ou abaissées ils n'ont observé qu'une seule fois des manifestations extra-intestinales. LAMBLING (25) confirme ce fait en constatant que les accidents allergiques, les allergies alimentaires, les phénomènes présumés auto-immunitaires sont plus fréquents chez les malades présentant une hypergamma-globulinémie.

Toutes ces perturbations protidiques sont en rapport avec le syndrome de malabsorption intestinale et avec l'état inflammatoire créée par la maladie. Ils n'apportent pas d'élément physio-pathologique décisif pouvant expliquer l'apparition des manifestations articulaires et cutanées de la maladie.

3) Les électrolytiques

Comme les troubles protidiques les perturbations électrolytiques sont la conséquence du syndrome de malabsorption intestinale. On observe en général une hyponatrémie; dans les formes sévères, la plupart des auteurs trouvent des chiffres de l'ordre de 125 à 130 mEq/l; dans les formes moyennes la natrémie reste le plus souvent normale. La chlorémie n'est abaissée que lorsqu'il existe un syndrome dysentérique sévère. Le plus souvent la diminution de la chlorémie est moindre que la chute de la natrémie.

Dans aucun cas les auteurs ne signalent une relation quelconque entre l'intensité des perturbations biologiques du syndrome de malabsorption et la fréquence des manifestations articulaires et cutanées. Cette étude des déperditions métaboliques ne nous a permis qu'une seule constatation intéressante à propos des atteintes rhumatologiques et dermatologiques survenant au cours de la recto-colite : leur plus grande fréquence, semble-t-il, chez les malades présentant une hypergamma-globulinémie importante.

C) LA SURINFECTION.

La surinfection des lésions intestinales est constante au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique. L'hypothèse d'une étiologie infectieuse de la maladie a été soulevée dès 1924 par BARGEN, mais elle ne conserve plus beaucoup de partisans de nos jours.

HILLEMAND (22) considère qu'il est impossible d'admettre une étiologie infectieuse à la recto-colite pour les raisons suivantes : absence de germe spécifique, absence de notion d'épidémicité, variabilité des germes trouvés à la coproculture chez un même malade.

Si l'origine infectieuse de la recto-colite semble peu probable, la surinfection est peut-être en cause dans le déterminisme des manifestations extra-intestinales. Certains auteurs semblent le penser; ainsi, ROBERT (30) parlant des atteintes articulaires et cutanées d'une recto-colite qu'il publie en 1959, affirme: "ce sont deux complications évidentes de la surinfection". Deux mécanismes différents peuvent être évoqués à l'origine de ces complications, soit une migration des germes de surinfection vers la peau et les articulations, soit une allergie microbienne.

1) Migration septique.

Une seule observation apporte un argument en faveur de cette pathogénie : ROBERT (30) découvre par la biopsie d'un élément nodulaire sous un revêtement épidermique normal, la présence dans l'hypoderme, d'un nodule inflammatoire comportant de nombreux polymucléaires et des macrophages, tout autour le tissu adipeux présente des images de régression avec lipophages. Il s'agit d'un aspect d'hypodermite avec zone suppurée réalisant de véritables micro-abcès. Dans la gorge de la malade fut isolé un streptocoque du groupe D variété hémolyticus, mais le germe isolé n'a pas été retrouvé à la coproculture. Il faudrait donc admettre, pour que l'hypothèse d'une migration septique reste valable, qu'une infection bucco-pharyngée soit à l'origine des atteintes rectale, cutanée et articulaire. A ce propos on peut rapporter la disparition de toute symptomatologie clinique (articulaire et digestive) observée après amygdalectomie chez l'une des malade de DEMOLE (12).

Mais si quelques analogies histologiques et cliniques viennent à l'appui de cette hypothèse étiologique, plusieurs arguments la détruisent : d'abord l'absence constante de germe dans les liquides de ponction articulaire et des bulles cutanées; d'autre part, l'absence de valeur de la découverte d'un streptocoque du groupe D dans la gorge de la malade de ROBERT, cette constatation étant bien banale; enfin cette hypothèse n'explique pas l'origine des manifestations articulaires et cutanées dans le cas où ces manifestations précèdent les signes intestinaux.

2) L'allergie microbienne.

Chez deux de nos malades elle fut recherchée attentivement. Dans le premier cas (observation 1) l'étude fut particulièrement complète (voir tableau). On observa seulement une réaction locale faiblement positive pour le streptocoque hémolytique, mais aucune réaction focale digestive, articulaire ou cutanée ne fut jamais constatée. On ne peut donc accorder aucune valeur à cette faible positivité de la réaction cutanée locale. Dans le second cas (observation 2) on rechercha une allergie au streptocoque hémolytique et au protéus. Pour le premier de ces germes les réactions furent négatives et on observa seulement une réaction locale positive, retardée à 48 heures, pour le protéus. Là encore cette réaction est sans valeur diagnostique car elle est isolée, sans réaction focale intestinale ou articulaire.

Dans la littérature mondiale, peu de travaux ont été publiés sur l'allergie microbienne au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique. Cependant ROBERTI (31) a présenté une étude portant sur 18 cas. A partir de germes isolés par coproculture il a préparé des auto-vaccins et les tests employés furent l'intra-dermo-réaction et le patch-test. Dans plusieurs cas, des réactions focales intestinales furent observées. Les résultats sont difficiles à expliquer, mais ils permettent de soulever l'hypothèse d'une réaction allergique aux propres germes de surinfection du malade. ROBERTI ne signale pourtant pas de réaction focale, articulaire ou cutanée, et son étude n'apporte donc rien quant au mécanisme des atteintes rhumatologiques et dermatologiques.

D) L'ALLERGIE ALIMENTAIRE.

Cette allergie ne fut recherchée chez aucun de nos malades.

C'est ANDRESEN qui le premier étudia la théorie allergique au cours de la recto-colite; cette théorie fut ensuite reprise par de nombreux auteurs, et l'allergie alimentaire en particulier a fait l'objet d'un certain nombre de publications.

Les régimes d'exclusion constituent la méthode d'étude la plus souvent pratiquée. Elle consiste en la suppression totale d'un allergène alimentaire lequel est réintroduit après 4 à 6 jours. En cas d'allergie la réintroduction de l'allergène produit une réaction parfois grave mais on a parfois des difficultés à apprécier la

relation de cause à effet. Les produits le plus souvent étudiés sont : le lait, la pomme de terre et le gluten. Ainsi ROWE a pu mettre en évidence une allergie alimentaire dans 45 % des cas sur une série de 138 recto-colite; les allergènes le plus fréquemment en cause furent le lait, les fruits, le chocolat, les condiments. SARLES et DECK trouvèrent une allergie au blé, à la pomme de terre et aux laitages dans 32 cas de recto-colite. BONFILS et TREMOLIERES testèrent des malades à certains produits (lait, pomme de terre et gluten) et obtinrent des résultats positifs à l'un ou plusieurs de ces 3 allergènes dans 9 cas. De plus, ces auteurs constatèrent une élévation importante des gamma-globulines chez les sujets présentant une intolérance alimentaire (taux supérieur à 20 % alors qu'il est inférieur à 13 % chez les malades ne présentant pas cette intolérance).

Les tests cutanés ont donné des résultats plus médiocres que la méthode précédente. L'injection d'allergènes dans la sous-muqueuse rectale a par contre donné des résultats intéressants : avec des extraits de blanc d'oeufs et du lait, on peut obtenir une réaction oedémateuse durant au moins une demi-heure et des biopsies pratiquées au bout de 24 heures montrèrent dans 16 cas sur 20 une infiltration cellulaire sous-muqueuse contenant des éosinophiles.

Le travail de PARROT, LABORDE, DEBRAY et GASTARD confirme l'existence d'un terrain allergique en montrant que le pouvoir histamino-pexique du sérum est nul chez les malades atteints de recto-colite en poussée, très abaissé en dehors des poussées intestinales, et qu'un pouvoir histamino-pexique supérieur à 15 % permet pratiquement d'éliminer le diagnostic de recto-colite ulcéro-hémorragique. Ce fait fut également constaté chez un de nos malade (observation 6) dont le pouvoir histamino-pexique étudié au cours d'une poussée intestinale était nul.

De ces études il ressort que le taux sérique des anticorps à l'égard de certains constituants alimentaires et particulièrement aux constituants du lait semble plus élevé chez les sujets atteints de recto-colite. Ces constatations n'apportent cependant pas la preuve d'un mécanisme allergique de la maladie; elles permettent seulement de conclure à une plus grande fréquence des phénomènes d'intolérance alimentaire chez ces sujets. Aucune de ces publications n'établit de façon démonstrative le rôle d'éventuels allergènes alimentaires dans le déterminisme des manifestations articulaires et cutanées.

E) IMMUNOLOGIE, REACTIONS DE WAALER-ROSE ET AU LATEX.

La fréquence des arthrites et de l'érythème noueux au cours des rectocolites ulcéro-hémorragiques est établie, de même que l'augmentation des Alpha 2 et des gamma-globulines dans cette maladie. Leur taux redevient normal après guérison des poussées intestinales, et a fait évoquer la possibilité d'une réaction immunologique. On en retrouve la trace sous la forme de la présence d'anticorps circulants ayant une affinité spéciale pour la muqueuse rectale.

Dans nos observations les anticorps anti-colon furent recherchés dans 3 cas; cette recherche fut chaque fois négative.

Dans la littérature, il semble que les résultats soient positifs dans une proportion de cas non négligeable. Plusieurs méthodes d'étude furent utilisées. En 1958, la méthode des hémagglutinations a permis à LAMBLING et CORNELIS de trouver des anticorps anti-colon chez 9 malades sur 11 cas étudiés (alors qu'ils ne trouvèrent qu'un pour cent de résultats positifs dans une série témoin) BROMBERGER et PERLMAN en utilisant un broyat de muqueuse colique stérile trouvèrent des résultats positifs dans 22 cas sur 30 chez l'enfant et dans 13 cas sur 36 chez l'adulte. Des résultats positifs peuvent se voir également dans d'autres affections : les cirrhoses, les polyarthrites rhumatoïdes, les syndromes néphrotiques. Malheureusement les résultats sont encore trop inconstants et d'autres auteurs utilisant la même méthode que BROMBERGER n'ont pu trouver dans aucun cas des anticorps anti-colon dans le sérum de leurs malades. Ceci peut s'expliquer du fait des différentes techniques employées et, pour une même technique, par la difficulté de trouver un antigène valable.

D'autre part on a montré que la fraction de sérum réagissant avec le colon se trouve dans la zone des gamma-globulines. La nature de l'antigène reste inconnue, mais pour BROMBERGER si l'on utilise pour antigène la muqueuse colique de rat, cet antigène est de nature lipo-polysaccharidique proche de celle de *ESCHERICHIA-COLI*.

L'affinité de ces anticorps de la muqueuse colique a été précisée par la méthode de l'immunofluorescence directe, ou indirecte préférée par beaucoup d'auteurs (c'est cette méthode qui fut utilisée par le professeur B.N. HALPERN pour deux de nos malades). Elle comporte les temps suivants : coupe au cryostat de la muqueuse colique; incubation avec du sérum à tester; adjonction d'un sérum de lapin anti-gamma-globuline humain, préalablement conjugué à l'isothiocyanate de fluorescéine.

Les résultats lorsqu'ils sont positifs, montrent les mêmes faits chez tous les auteurs ; localisation élective de la fluorescence sur l'épithélium glandulaire du colon ou du rectum, et essentiellement au niveau du cytoplasme. Les noyaux et les membranes sont épargnés par cette fluorescence. L'hypothèse d'un antigène bactérien est éliminée par la positivité de la réaction sur le colon stérile de nouveau-né. Cette fixation n'est pas absolument spécifique; elle est retrouvée plus faiblement positive au niveau de l'iléon et sur les foles provenant d'hépatites sévères.

Il apparaît que des phénomènes immunitaires existent au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique, mais qu'ils ne sont pas rigoureusement spécifiques puisque les mêmes anticorps sont retrouvés au cours d'autres affections. La cytotoxicité de ces anti-corps semble discutable bien que certains auteurs (TERRIS en particulier) aient pu créer des lésions coliques chez le cobaye par injection de sérum de lapin anti-colon de cobaye. Les auteurs ne signalent aucun rapport entre les manifestations articulaires et cutanées et la présence des anticorps anti-colon. Nous avons noté que les gamma-globulines étaient plus fréquemment augmentées au cours des recto-colites ne présentant pas ces manifestations, et nous veons de constater que ces gamma-globulines représentent le support des anti-corps. Peut-être trouve-t-on là le point de départ d'une théorie immunitaire des manifestations rhumatologiques et dermatologiques de la recto-colite ulcéro-hémorragique; mais l'étiologie de la maladie elle-même n'étant pas connue, il serait bien hasardeux de dépasser le stade des hypothèses en ce qui concerne le mécanisme de ces complications extra-intestinales.

Certains auteurs ayant tenté de rapprocher les polyarthrites de la recto-colite de la polyarthrite rhumatoïde, nous allons étudier maintenant les réactions de WAALER-ROSE et du LATEX au cours des atteintes articulaires de la recto-colite.

Dans nos observations la réaction d'hémagglutination de WAALER-ROSE et la réaction d'agglutination des particules de latex ont été pratiquées chez quatre malades, et 2 fois chez l'un de ceux-ci; elles furent chaque fois demandées au cours d'une poussée digestive avec manifestations articulaires. Dans tous les cas les résultats furent négatifs. Nous trouvons dans la littérature la confirmation des faits que nous avons constatés dans nos observations à propos de ces deux réactions. En effet tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que ces réactions de WAALER-ROSE et du LATEX sont négatives au cours de la recto-colite. Quelques exceptions sont cependant citées par certains, Mc EWEN et BYWATERS (6) en particulier.

Dans deux de leurs cas l'évolution du syndrome articulaire fut indépendante de celles de la recto-colite, et des séquelles articulaires persistèrent. Les auteurs concluent qu'il s'agit de vraies polyarthrites rhumatoïdes dont l'association avec la maladie intestinale n'était qu'une coïncidence, et que ces atteintes articulaires n'ont pas de point commun avec les manifestations rhumatismales couramment observées au cours de la recto-colite hémorragique. De plus l'American Rheumatism Association considère que l'érythème noueux est un facteur d'exclusion de la polyarthrite rhumatoïde; or, celui-ci est fréquemment rencontré au cours des recto-colites avec manifestations articulaires.

Là encore, les recherches étiologiques ne nous apportent donc aucun élément positif; cette étude nous aura seulement permis de distinguer d'une façon pratiquement formelle la polyarthrite chronique évolutive des atteintes articulaires périphériques rencontrées au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

La vitesse de sédimentation est toujours très accélérée au cours des poussées intestinales de la maladie, des chiffres de 80 mm à la première heure sont fréquemment trouvés. Le retour à la normale s'effectue en même temps que la guérison de la poussée sous traitement. Nous n'avons pas trouvé dans nos observations ou dans les cas publiés dans la littérature de différence significative de la vitesse de sédimentation au cours des poussées intestinales s'accompagnant d'une atteinte articulaire.

F) MANIFESTATIONS ARTICULAIRES ET CUTANÉES, COMPLICATIONS DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Nous avons essayé de rechercher, à l'occasion des manifestations extra-intestinales de la recto-colite, une allergie médicamenteuse. On sait combien sont fréquentes les réactions allergiques aux médicaments, et en particulier aux antibiotiques et aux sulfamides. Or, ces 2 types de médications anti-infectieuses sont employés pratiquement constamment au cours de la recto-colite.

Dans nos observations, l'allergie médicamenteuse fut recherchée chez une malade (observation 1). Avant l'apparition de l'érythème noueux 2 sulfamides avaient été prescrits (Ganidan et Rufol). L'épidermo-réaction à ces 2 produits fut négative, aucune réaction focale ne fut observée.

Dans la littérature, aucune publication à notre connaissance ne fait état d'allergie positive à certains médicaments au cours de la recto-colite. Certains auteurs ont seulement évoqué la possibilité de cette allergie devant les pourcentages très variables de manifestations cutanées au cours de cette affection suivant les différentes publications. Cette variation (allant de 2 à 34 %) est due, d'une part au fait que certains auteurs y englobent les éruptions les plus diverses et d'autres seulement les érythèmes noueux; et d'autre part, selon JACOBS, parce qu'un grand nombre d'éruptions ont une origine médicamenteuse non reconnue. On sait la fréquence des éruptions cutanées médicamenteuses et en particulier des érythèmes noueux provoqués par les sulfamides qui sont pour tous les dermatologistes, DEGOS (11) et DUPERRAT (14), en particulier les produits le plus souvent trouvés à l'origine des érythèmes noueux médicamenteux.

Il nous semble que l'on peut conclure que certaines manifestations extra-intestinales survenant au cours de la recto-colite, et attribuées à la maladie elle-même, sont probablement dues à une intolérance médicamenteuse. Mais cette allergie ne peut être considérée comme la cause exclusive des manifestations articulaires et cutanées car ces atteintes apparaissent le plus souvent avant tout geste thérapeutique; elles ne sont en général pas aggravées par le traitement mais disparaissent au contraire avec lui; elles rapparaissent souvent à l'arrêt du traitement. On ne peut donc considérer l'allergie médicamenteuse comme la cause des manifestations articulaires et cutanées de la recto-colite, mais seulement comme étant à l'origine possible de certaines éruptions rencontrées au cours de la maladie.

G) LES PHENOMENES NEURO-PSYCHOLOGIQUES.

La notion de conflit psychologique est retrouvée avec une certaine fréquence dans les mois ou les semaines qui précèdent le début de la maladie. Nous avons pour notre part constaté un conflit affectif important chez 2 malades (observation 1 et 5). BONFILS, de M'UZAN et CAULIN (5) dans une série de 27 malades constatent un conflit psychique dans presque tous les cas. La fréquence de ces perturbations n'est pas négligeable et conduit à étudier dans chaque cas le contexte psychologique et social dans lequel se déroule la maladie.

D'autre part, de nombreux auteurs ont signalé les effets thérapeutiques utiles de certaines drogues à action neuroleptique (Thiopropérazine, Halopéridol et Tripéridol avec lequel nous avons obtenu de bons résultats dans 2 cas). Enfin les résultats obtenus par la novocaïnisation et l'électrocoagulation préfrontale de BUCAILLE sur les hémorragies constituent une série de phénomènes qui attirent l'attention sur l'importance des régulations neuropsychologiques. L'existence de phénomènes neuro-psychologique dans la recto-colite est fréquente : elle ne nous renseigne nullement quant à l'origine des manifestations articulaires et cutanées observées au cours de cette maladie.

Au même titre que les investigations radiologiques et biologiques, l'étude psychologique des malades atteints de recto-colite prend place parmi les examens nécessaires. Aucun de ces éléments ne présentent un caractère rigoureux de spécificité mais leur confrontation peut être utile à l'approche de l'étude physio-pathologique de la maladie.

CONCLUSION.

Le bilan biologique et les enquêtes étiologiques ne nous ont apporté que peu de renseignements sur le mécanisme des atteintes articulaires et cutanées. Le syndrome de malabsorption intestinale ne présente aucun caractère particulier au cours des recto-colites avec manifestations rhumatismales et dermatologiques. La surinfection intestinale a été invoquée dans le déterminisme des atteintes extra-intestinales. L'allergie microbienne n'est que rarement retrouvée au cours de la maladie. La migration septique ne permet pas d'expliquer les atteintes rhumatismales et cutanées précédant les signes intestinaux. Si des stigmates évoquant une allergie alimentaire sont présents chez les malades atteints de recto-colite, ils ne présentent aucun caractère particulier en cas de manifestations extra-intestinales. Les études immunologiques ont permis de montrer que le taux des gamma-globulines serait plus élevé dans les cas de recto-colites avec manifestations articulaires et cutanées qu'au cours des recto-colites ne présentant pas ces manifestations. Les réactions de WAALER-ROSE et du LATEX sont négatives. La recherche d'une allergie médicamenteuse nous a permis de constater qu'un certain nombre d'éruptions cutanées observées lors de la recto-colite étaient probablement dues à des phénomènes de toxicité ou d'intolérance médicamenteuse.

En fait, aucune étiologie commune ne peut être précisée, les mécanismes physio-pathologiques restent incertains et ne permettent pas d'apporter de conclusion. Seule demeure la singularité clinique que constitue l'association de phénomènes articulaires et dermatologiques au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique; la réalité des faits et le rapport entre les phénomènes intestinaux sont établis mais il demeure difficile actuellement d'en apporter une explication simple.

R E S U M E

Parmi six observations de malades atteints de recto-colite ulcéro-hémorragique, nous constatons dans 5 cas des arthrites périphériques, associées dans un cas à une atteinte bilatérale des articulations sacro-iliaques. Dans 4 cas des manifestations cutanées accompagnent les signes digestifs. Chez 3 de nos malades on observa la triple association : signes cutanés, articulaires et digestifs. Toutes ces manifestations extra-intestinales que nous avons observées sont comparables à celles décrites dans la littérature.

1) LES SIGNES ARTICULAIRES.

Les arthropathies des membres apparaissent par crises séparées par des intervalles libres. Le début des crises peut être brusque ou insidieux. Les atteintes réalisent le plus souvent une oligoarthrite, rarement une monoarthrite ou une polyarthrite touchant simultanément un grand nombre d'articulations. Ce sont le plus souvent les grosses articulations qui sont touchées, et particulièrement celles des membres inférieurs (genoux et tibiotarsiennes). L'atteinte est fréquemment migratrice et asymétrique. On est en présence d'arthrites présentant tous les caractères de l'inflammation ou de simples arthralgies sans aucun signe physique. La limitation fonctionnelle est souvent marquée. L'examen radiologique est toujours normal; il s'agit de simples synovites. Les crises sont le plus souvent de courte durée, quelques semaines ou mois, la régression se fait sans séquelle.

Les arthrites des membres surviennent plus volontiers chez des sujets jeunes, avec une légère prédominance pour le sexe féminin; elles sont plus fréquentes dans les recto-colites diffuses ayant une évolution chronique et ancienne. Certains auteurs insistent sur le rôle favorisant que pourraient avoir certaines complications locales, mais nous n'avons pas constaté ce fait. Ces atteintes articulaires surviennent le plus souvent au cours des poussées digestives et régressent avec elles. Elles peuvent parfois précéder tout signe digestif mais apparaissent le plus souvent après plusieurs années d'évolution de la maladie intestinale.

Le parallélisme chronologique entre les poussées intestinales et articulaires est fréquemment observé. La disparition des arthrites après colectomie est signalée par la plupart des auteurs.

Les rapports de la spondylarthrite ankylosante avec la recto-colite sont moins évidents. Son évolution est le plus souvent indépendante de celle de la maladie intestinale; elle débute souvent avant tout trouble digestif et continue à progresser après la guérison de la recto-colite pour devenir de plus en plus invalidante. Elle semble moins fréquente que les atteintes périphériques pour la plupart des auteurs. Certains pensent qu'il s'agit de spondylarthrite banale que rien ne peut distinguer des spondylarthrites ankylosantes observées en dehors de la recto-colite. Pour d'autres, il s'agit dans les deux tiers des cas d'arthrites sacro-iliaques bilatérales sans lésion vertébrale. Quoiqu'il en soit, ce type d'atteinte articulaire n'est pas influencé par la colectomie.

2) LES SIGNES CUTANES.

Les manifestations cutanées se présentent le plus souvent sous la forme d'un érythème noueux typique siégeant aux membres inférieurs. Mais nous avons vu que les éruptions les plus diverses peuvent se rencontrer au cours des recto-colites. Pour notre part nous avons observé 3 érythèmes noueux et une éruption d'aspect purpurique. La concordance chronologique observée entre les arthrites et les poussées digestives se retrouve pour les manifestations cutanées. Elles ne réapparaissent que rarement après la colectomie.

3) ASSOCIATION DES SIGNES CUTANES ET ARTICULAIRES.

L'érythème noueux et les autres manifestations cutanées sont fréquemment associés aux arthrites des membres. L'association entre l'atteinte cutanée et la spondylarthrite ankylosante est beaucoup plus rare. Lorsqu'elles sont associées, les arthrites des membres et les atteintes cutanées ont les mêmes caractères cliniques que lorsqu'elles surviennent isolément au cours de la recto-colite. Il existe presque toujours un parallélisme clinique entre les syndromes articulaires et cutanés d'une part, et le syndrome digestif d'autre part. Le plus souvent ces manifestations extra-intestinales disparaissent lors de l'arrêt des poussées dysentériques ou après la colectomie.

4) LES ENQUETES BIOLOGIQUES.

Nous avons observé des faits cliniques reconnus par tous les auteurs. Des liens étroits unissent la recto-colite hémorragique d'une part et les manifestations articulaires et cutanées d'autre part. Les enquêtes biologiques que nous avons pratiquées portant sur le syndrome de malabsorption, la surinfection intestinale, les phénomènes immunologiques ne permettent pas de fournir une explication sur le mécanisme des atteintes dermatologiques et rhumatologiques.

CONCLUSIONS

Des manifestations articulaires et cutanées surviennent au cours de l'évolution des recto-colite ulcéro-hémorragiques. Nous en rapportons six cas et l'étude de la littérature récente.

Les atteintes articulaires se constituent en deux groupes distincts : d'une part les arthrites des membres évoluant par crises généralement synchrones des poussées intestinales, régressant sans séquelles et disparaissant avec le traitement du syndrome intestinal. Leur relation avec la recto-colite semble probable. D'autre part, les rhumatismes axiaux dont les rapports avec la recto-colite sont moins évidents : leur fréquence est certes plus grande au cours de cette maladie que dans les populations de sujets témoins, cependant on n'observe que rarement un parallélisme chronologique et évolutif avec l'affection intestinale dont ils semblent relativement indépendants.

Les signes cutanés sont le plus souvent des érythèmes noueux typiques, mais les éruptions les plus diverses peuvent se voir. Le parallélisme chronologique est généralement observé. Mais il est difficile étant donné leur fréquence très variable selon les auteurs, de rattacher de façon certaine toutes les éruptions à la recto-colite elle-même ou à un phénomène connexe.

L'association d'arthrites périphériques et d'un érythème noueux peut évoquer une étiologie et un mécanisme commun, mais les enquêtes cliniques, anatomiques, radiologiques et biologiques ne fournissent pas encore d'explication valable.

On peut considérer les manifestations articulaires et cutanées de la recto-colite comme des complications de la maladie ou comme un syndrome indépendant comparable à ceux que l'on peut rencontrer au cours d'autres affections. Certains auteurs ayant observé une atteinte oculaire surajoutée aux signes articulaires et cutanés ont rapproché ces manifestations de la recto-colite au syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

Bien des hypothèses ont été émises à propos des manifestations extra-intestinales de la recto-colite ulcéro-hémorragique. Malgré l'aspect histologique des biopsies de la synoviale il semble qu'il ne s'agit pas de polyarthrites chroniques évolutives. Une intolérance médicamenteuse est peut-être en cause pour certaines éruptions cutanées, mais elle ne représente pas le mécanisme exclusif des manifestations dermatologiques de la recto-colite.

La notion de "terrain allergique" chez tout malade atteint de recto-colite hémorragique a été signalée, la découverte d'anticorps circulants, la fréquence de l'hypergammaglobulinémie, l'abaissement du pouvoir histamino-peuxique du sérum, l'allergie alimentaire souvent retrouvée constituent des arguments en faveur de mécanismes immunologiques. Ils ne sont pas observés de façon sélective lors des manifestations ostéoarticulaires et dermatologiques. Il en est de même pour les phénomènes infectieux constants au niveau de l'intestin, au cours de cette affection.

Les rapports chronologiques et évolutifs permettent de souligner les liens qui unissent les manifestations dermatologiques et articulaires aux phénomènes digestifs. Mais le mécanisme de ces atteintes pathologiques reste inconnu de même que l'étiologie de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. C. LAROCHE

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1) ARON (E) GROUSSIN (P) et Mme DUBOIS (Cl).

Les manifestations articulaires de la recto-colite hémorragique.
A propos d'une observation.
Rev. Méd. Tours 1965, 6, p 355-359

- 2) BERNIER (J.J.) et BOUVRY (M)

Etude des perturbations biologiques de la recto-colite ulcéro-hémorragique.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1965, 116, n°2, p 137-154.

- 3) BERNIER (J.J.) et TERRIS (G)

Etiopathogénie de la recto-colite ulcéro-hémorragique.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1965, 116, n° 2, p 127-136.

- 4) BLOCH-MICHEL (H) et BRIZARD (J)

Rhumatismes intestinaux.
Entr. Bichat (Médecine) 1959, p 389-394.

- 5) BONFILS (S), M'UZAN (M.de) et CAULIN (Ch)

Les interactions psycho-somatiques dans la recto-colite hémorragique.
Fréquences, intérêt théorique et pratique.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1965, 116, n° 2, p 201-208.

- 6) BYWATERS (E.G.L.) and ANSELL (B.M.)

Arthritis associated with ulcerative colitis.
A clinical and pathological study.
Am. Rheum. Dis. 1958, 17, p 169-183.

- 7) CACHIN (M) et ANTEBI (L)

Colite ulcéreuse, érythème noueux et syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
Sem. Hôp. Paris 1961, 57, p 2724-2728.

- 8) CHARLEY (J) and SMYTH

Arthritis of ulcerative colitis.
Rheumatism and arthritis. An. Int. Med. 1960, 53, p 175.

- 9) COSTE (F), BONTOUX (D) et COSTE (Fr).

Les manifestations articulaires de la recto-colite hémorragique.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1965, 116, n°2, p 213-220.

- 10) DEBRAY (Ch) et PAOLAGGI (J.A.)
Etude critique du traitement de la recto-colite hémorragique.
Bull.Mém.Soc.Méd.Hôp. Paris 1965, 116, n°2, p 155-164.
- 11) DEGOS (R)
Erythèmes noueux. Dermatologie.
Flammarion. p 572-575.
- 12) DEMOLE (M) COURVOISIER (B) et KRAFTE (B)
Colite ulcéreuse et arthropathie.
Arch. Mal. App. Dig. 1956, 45, p 475-485.
- 13) DESCAYRAC (J)
Manifestations ostéo-articulaires au cours des Colopathies.
Thèse Paris 1956, 86 pages.
- 14) DUPERRAT (R),
Erythèmes noueux. Précis de dermatologie.
Masson p 335-338.
- 15) DUPUY (R), MAHOUDEAU (D), ELISSALDE (B), MENAHEM (R), VALLIN (J) et BOUTELIER (D)
Réflexions à propos de l'examen psychologique de 17 cas de recto-colite hémorragique typiques.
Bull.Mém.Soc.Méd.Hôp. Paris 1965, 116, n°2, p 209-211.
- 16) FERNANDEZ-HERLIHY (L)
The articular manifestations of chronic ulcérate colitis.
Analysis of 555 cases. New-Engl. J. Med. 1959, 261, p 259-263.
- 17) FRIEDMANN (E) et KEHOE (E.L.)
Nonbacterial suppurative arthritis as a complication of ulcérate colitis (report of two cases).
New-Engl. J. Med. 1959, 261, p 288-290.
- 18) HILLEMAND (B)
Maladie de Fiessinger-Leroy-Reiter.
Presse Med. 1963, 45, p 2143-2146.
- 19) HILLEMAND (P), ROUX (P), BENSAUDE (A) et EMERIT (J)
Complications de la recto-colite hémorragique.
Sem. Hôp. Paris 1961, 66, p 3244-3247.
- 20) HILLEMAND (P), GILBRIN (E), BENSAUDE (A) et DELAVIERE (Ph).
A propos des recto-colites hémorragiques avec manifestations articulaires.
Leurs rapports avec le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
Arch. Mal. App. Dig. 1960, 49, p 613-621.

- 21) HILLEMAND (P), BENSAUDE (A), ROUX (P) et EMERIT (J).

La recto-colite hémorragique, son étude clinique.
Sem. Hôp. Paris 1961, 66, p 3239-3244.

- 22) HILLEMAND (P), BENSAUDE (A), ROUX (P), et EMERIT (J).

Recto-colite hémorragique, les théories étio-pathogéniques.
Sem. Hôp. Paris 1961, 66, p 3252-3257.

- 23) JACOBS (E), CAMMAERTS (P) VERBANK (H).

Colites ulcéreuses et polyarthrite. 3 cas. Traitement par l'A.C.T.H.
Acta. Gastro. Ent. Belg. 1954, 17, p 144-153.

- 24) KELLEY (M) and LOGAN (V)

Erythema nodosum in association with chronic ulcération colitis.
Gastro-Enterology 1956, 31, n° 3, p 285-295.

- 25) LAMBLING (A), et POTET (F)

Situation nosologique et expression anatomique de la recto-colite hémorragique.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1965, 116, n°2, p 113-126.

- 26) LEBACQ (E), VERHAEGEN (H) et BAERT (L)

L'érythème noueux, étude de 70 cas et revue de la littérature.
Sem. Hôp. Paris 1964, p 2103-2109.

- 27) LIEVRE (J.A.) et WATTEBLED (R)

Polyarthrite et recto-colite hémorragique et purulente.
Rev. Rhum. 1953, 20, p 774-777.

- 28) MIKOL (C) et PAUPE (J)

Maladies avec auto-anticorps.
Presse Méd. 1964, 43, p 2521-2524.

- 29) PARROT (J.L.) LABORDE (L) DEBRAY (Ch) et GASTARD (J).

L'histaminopexie au cours de recto-colite hémorragique et ulcéreuse.
Presse Méd. 1960, 68, p 1820.

- 30) ROBERT (P.E.), BRECHOT (C) et BINOUX.

Sur un cas instructif de recto-colite hémorragique.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, p 1668-1671.

- 31) ROBERTI (M.A.)

L'allergie microbienne aux enterobactériacés au cours de la recto-colite hémorragique.
Arch. Mal. App. Dig. 1960, 49, p 1260-1273.

- 32) SERRE (H), SIMON (L), CAILLENS (J.P.) et LIGNIERES (Y) (Montpellier).
Pelvi-spondylite rhumatismale et recto-colite ulcéro-hémorragique.
Rev. Rhum. Mal. Ost. Art. 1961, 10, p 508-515.
- 33) SEZE (S. de) et RYCKEWAERT (A).
Arthrites de la colite ulcéreuse. Maladie des os et des articulations.
Flammarion, p 1061-1061c.
- 34) SEZE (S.de) KAHN (M.F.) WELFELING (J) HUBAULT (A) et DRYLL (J).
Notre expérience de l'atteinte articulaire au cours de la recto-colite
hémorragique.
Bull.Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris 116, 1965, n°2, p 225-232.
- 35) STEINBERG (V.L.) and STOREY (G)
Ankylosing spondylitis and chronic inflammatory lesions of the intestines.
Brit. Med. J., 1957, 2, p 1157-1159.
- 36) WRIGHT (V) and WATKINSON (G)
The arthritis of ulcerative colitis.
Medicine, 1959, 38, p 243-263.
- 37) ZVAIFLER (N.J.) and MARTEL (W)
Spondylitis in chronic ulcerative colitis.
Arthr. Rheum. 1960, 3, p 76-87.
- 38) CATTAN (R) BUCAILLE (M) et CARASSO (R).
La recto-colite hémorragique et purulente.
I vol., Flammarion 1959.
- 39) RACHET (J); BUSSON (A) et DEBRAY (Ch)
Maladies de l'intestin et du péritoine.
Flammarion, édit.



EDITIONS A.G.E.M.P

8 RUE DANTE

- PARIS V* -

ODÉ 58-90